Centre d'études de l'emploi

S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

DYNAMIQUES DE TRANSFORMATION DES MODELES ECONOMIQUES DES STRUCTURES DE L'ESS DANS LES SERVICES A DOMICILE

ANALYSE DE CAS

Alexandra Garabige (dir.),
avec Bernard Gomel et Loïc Trabut

Rapport final
Décembre 2014

Agence
d'objectifs
IRES

Alexandra Garabige (dir.), Bernard Gomel, Loïc Trabut

alexandra.agarabige@cee-recherche.fr
Bernard.Gomel@cee-recherche.fr
loic.trabut@cee-recherche.fr

Centre d'Etudes de l'Emploi
Le Descartes I
29, promenade Michel SIMON
93166 NOISY LE GRAND Cedex

DYNAMIQUES DE TRANSFORMATION DES MODELES ECONOMIQUES DES STRUCTURES DE L'ESS DANS LES SERVICES A DOMICILE

Analyse de cas

Ce rapport a reçu le soutien financier de l'IRES (Institut de recherches économiques et sociales) et a été réalisé dans le cadre de l'Agence d'objectifs.

SOMMAIRE

SOMMAIRE **4**
Table des encadrés 6
Table des tableaux 6

INTRODUCTION *(A. Garabige)* **8**
1 Enjeux et objet de l'étude 8
2 Méthodologie de l'enquête 10
2.1 Démarche d'enquête 10
2.2 Synthèse et éléments de réflexion 13

PARTIE 1 : EVOLUTION ET SITUATION ACTUELLE DES SERVICES A DOMICILE 16

CHAPITRE 1 : Présentation et évolution des politiques publiques *(A. Garabige, L. Trabut)* **18**
1 Développer l'emploi par les services à la personne : une politique fiscale 18
2 Mise en place d'une politique de la dépendance 21
2.1 De la Prestation Expérimentale Dépendance à la Prestation Spécifique Dépendance 21
2.2 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie 23
3 Politique de régulation : développer et promouvoir des structures de qualité 25
3.1 L'autorisation 25
3.2 L'agrément 26

CHAPITRE 2 : L'emploi dans l'aide à domicile *(A. Garabige, L. Trabut, B. Gomel)* **30**
1 La structuration professionnelle de l'aide à domicile 30
1.1 Les branches professionnelles 30
1.2 Historique de l'emploi dans le secteur et enjeux actuels 31
2 L'aide à domicile dans l'enquête emploi en continu en 2012 35
2.1 Conditions d'emploi des aides à domicile 37
2.2 Socio-démographie des salariés 45
2.3 Comparaison avec les résultats de l'enquête emploi de 2005 51

PARTIE 2 : FINANCEMENTS ET STRUCTURES DE L'ESS DANS L'AIDE A DOMICILE : ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUETE QUALITATIVE 54

INTRODUCTION 56

CHAPITRE 3 : Le problème du financement et l'emploi dans l'aide à domicile *(A. Garabige)* **58**
1 Difficultés de financement du secteur et fragilisation des associations 58
2 Les problèmes et dysfonctionnements liés aux modalités de financement 61
2.1 La diversité des financements et des procédures 61
2.2 Les problèmes dans l'orientation des usagers 63

CHAPITRE 4 : Les transformations des ressources et des modèles économiques *(A. Garabige)* **66**
1 Jouer sur les tarifs 66
1.1 Le cas de la négociation avec les financeurs 66
1.2 Jouer sur le prix des prestations 72
2 Maintenir l'activité par la diversification des ressources 72
2.1 Les mécanismes de diversification 72
2.2 Le cas d'une association diversifiant ses activités et ses difficultés 73
2.3 Les problématiques liées à la diversification 75

CHAPITRE 5 : Transformer les conditions d'emploi et de travail pour diminuer les coûts *(A. Garabige)* **78**
1 La dégradation des conditions d'emplois 78
1.1 Jouer sur les contrats de travail 78
1.2 Jouer sur la qualification 79
1.3 La remise en cause des accords d'entreprise 80
2 Transformations des conditions de travail 81
2.1 La baisse des temps d'intervention et ses conséquences 81
2.2 Le glissement de tâches 84
3 Permanence de problèmes dans une association financièrement stable 85
4 Une mauvaise qualité des emplois coûteuse 88
4.1 Les problèmes de santé 88
4.2 Le turn over 89

CHAPITRE 6 : Action syndicale dans l'aide à domicile *(A. Garabige)* **92**
1 Les mobilisations syndicales des salariés de l'aide à domicile 92
2 La branche comme ressource d'action 94

CONCLUSION *(A. Garabige, L. Trabut, B. Gomel)* **98**
1 Repenser la qualité de l'emploi dans l'aide à domicile 99
2 L'aide à domicile : un choix politique 101

BIBLIOGRAPHIE **104**

ANNEXES **110**

Table des encadrés

Encadré 1 : Définition du champ des services à la personne 9
Encadré 2 : Les modes d'emploi de l'aide à domicile 14
Encadré 3 : Les bénéficiaires de l'APA 24
Encadré 4 : Etat des lieux entre autorisation et agrément 28
Encadré 5 : Les métiers de la branche de l'aide à domicile 33
Encadré 6 : Le financement des interventions des TISF 34
Encadré 7 : Méthodologie d'exploitation de l'enquête emploi en continu 35
Encadré 8 : Financement solidaire en 2013 59
Encadré 9 : Les principaux financeurs de l'aide à domicile dans les structures enquêtées 62
Encadré 10 : Principales prestations citées par les associations dans les territoires étudiés 64
Encadré 11 : Les recommandations du rapport IGAS et de l'IGF (2010) 69

Table des tableaux

Tableau 1 : Part des temps complets en Île de France / reste du territoire métropolitain (%) 38
Tableau 2 : Distributions départementales des employeurs de l'aide à domicile (%) 39
Tableau 3 : Le travail du samedi et du dimanche (%) 40
Tableau 4 : Le travail le soir (20h à minuit) des femmes (%) 40
Tableau 5 : Raison principale du travail à temps partiel, un seul employeur (%) 41
Tableau 6 : Souhaite travailler plus, un seul employeur (%) 42
Tableau 7 : Situation professionnelle antérieure à l'emploi actuellement occupé (%) 42
Tableau 8 : Mode d'entrée dans l'entreprise (%) 43
Tableau 9 : Salaires mensuels de l'emploi principal, temps complet (%) 44
Tableau 10 : Salaires mensuels de l'emploi principal, temps partiel (%) 44
Tableau 11 : Part des allocataires du RSA (%) 45
Tableau 12 : Part des 50 ans et plus / part des moins de 30 ans (%) 45
Tableau 13 : Profession des conjoints (%) 46
Tableau 14 : Bas niveau / niveau terminale CAP BEP et lycée (%) 47
Tableau 15 : Part des immigré(e)s et des descendant(e)s d'immigrés (%) 48

Tableau 16 : Répartition des employeurs dans l'aide à domicile (%) 48

Tableau 17 : Part de CDD (%) 49

Tableau 18 : Souhait d'un autre emploi et recherche effective (%) 49

Tableau 19 : Inscription comme demandeur d'emploi (%) 50

Tableau 20 : Ancienneté (premier quartile) dans l'entreprise (en mois) 51

Tableau 21 : Les employeurs de l'aide à domicile (%) 52

Tableau 22 : Part des CDD de 2005 à 2012 (%) 52

Tableau 23 : Coût de 40 heures d'aide selon le mode d'intervention (2003) 102

INTRODUCTION

1 Enjeux et objet de l'étude

Le secteur de l'aide à domicile s'est développé en raison d'un choix de politique publique destiné à soutenir les personnes dépendantes en les maintenant au domicile. Il est également présenté comme un gisement d'emplois important, en raison de la forte demande de services liée au vieillissement de la population et des possibilités d'accès sans qualification particulière à ce marché du travail. Cependant, les nombreuses analyses de ce secteur révèlent que les conditions d'emploi et de travail sont particulièrement dégradées, malgré la mise en place de dispositifs et de mesures destinés à améliorer la qualification. Par ailleurs, le financement actuel de l'aide à domicile est insuffisant pour assurer la prise en charge des personnes dépendantes, plus encore au regard des projections sur les besoins d'aide à l'autonomie dans les décennies à venir. La question du financement des services d'aide à domicile constitue ainsi un enjeu politique fort en termes d'égalité d'accès aux services, de politiques publiques de l'aide à l'autonomie mais aussi de qualité de l'emploi.

Cette étude a pour objectif de rendre compte des dynamiques de transformation des modèles économiques des structures de l'économie sociale et solidaire (ESS) dans les services à domicile. Composée d'associations, de coopératives, de mutuelles et de fondations, l'ESS regroupe près de 10% de l'emploi salarié en 2008, un chiffre qui ne cesse d'augmenter (INSEE, 2011). Si la connaissance de l'emploi dans ces structures progresse, les travaux sur la qualité de l'emploi restent réduits (MAISONNASSE *et alii*, 2010). Cette étude vise à contribuer à une meilleure compréhension de cette question en focalisant l'attention sur un champ d'activités : les services à domicile. L'intérêt de ce secteur est double. D'une part, les associations, qui représentent les principaux employeurs de l'ESS, occupent une place importante au sein de l'action sociale en particulier : « *en 2008 [elles] regroupent avec quelques fondations et mutuelles, 69% de l'emploi salarié de l'action sociale sans hébergement c'est-à-dire pour l'essentiel l'aide à domicile* » (INSEE, 2011, p. 1). D'autre, part, si « *aujourd'hui, ce qui est nommé "services à la personne" réunit entre 1,1 et 2 millions d'emplois* » (JANY-CATRICE, 2013, p. 28), les associations[1] restent le principal employeur du secteur (cf. encadré 1).

[1] A noter, « *près de 73% des associations de services à la personne exercent l'aide à domicile comme activité principale, contre 23% pour les entreprises lucratives* » qui majoritairement investissent les services dits de « confort ». (GALLOIS, GUERRY, 2010).

Il s'agit, dans ce rapport, d'analyser le modèle et les réalités économiques de ces structures de l'ESS et leurs évolutions, dans un contexte où le financement des activités économiques du secteur est de plus en plus complexe et est soumis à des contraintes de gestion et de résultats de plus en plus formalisées. L'attention se porte en particulier ici sur les associations de l'aide à domicile. En plus de répondre à une problématique actuelle majeure, celle de la prise en charge des personnes en situation de dépendance, elles sont marquées par une tension autour de la diversification des interventions mais aussi par des évolutions permettant de questionner les effets des financements sur l'activité, le travail, en lien avec l'offre de services. Il s'agit plus précisément de s'interroger sur l'impact des modes de financement (de leurs évolutions, de leur précarité, de leur incertitude) sur le fonctionnement des associations, sur les prestations et les professionnels qui les produisent.

Une première partie retrace les grandes évolutions des politiques publiques qui ont structuré ce secteur et les caractéristiques de l'emploi (notamment à partir de l'exploitation de l'Enquête emploi en continu en 2012). La seconde partie présente les résultats d'une enquête qualitative auprès de responsables et militants syndicaux de la CFDT, de responsables de structures associatives et de financeurs publics ou privés.

Encadré 1 : Définition du champ des services à la personne

Dans le secteur des services à la personne, l'Agence Nationale pour les Services à la Personne (ANSP) distingue trois secteurs : « *les services aux familles* » (de la garde d'enfant, aux services informatiques en passant par les cours particuliers), « *les services de la vie quotidienne* » (du ménage, à la livraison de repas en passant par le jardinage) et « *les services aux personnes dépendantes* » (de garde malade, à soins esthétiques en passant par la promenade d'animaux domestiques).

A sa création fin 2005 et lors de son lancement effectif en février 2006, l'ANSP (aujourd'hui devenu un service de la direction générale des entreprises) vise à rapprocher les services de l'action sociale et les services personnels et domestiques, avec une logique politique et fiscale commune. Malgré cet objectif de coordination de l'intervention publique dans ce nouveau champ, le paysage des services à la personne reste complexe du fait de la pluralité des régulations encadrant l'offre (gré à gré, mandataire, prestataire), des différents types de procédures (agrément et autorisation) et de la multiplicité des mécanismes de solvabilisation (ENJOLRAS, 2010).

La base de données Nova recense au 1er janvier 2014[2], 31 800 organismes de services à la personne, dont 11 000 auto-entrepreneurs. Si les associations restent les principaux pourvoyeurs d'emplois du secteur des services à la personne, le nombre de structures privées lucratives (entreprises dont auto-entrepreneurs) est passé d'environ 500 en 2005 à 24 000 au 1er janvier 2014. Ces dernières représentent désormais 75% des structures prestataires de services à la personne, plus de la moitié ayant été créée ces deux dernières années.

[2] cf. Le portail des services à la personne, Direction générale des entreprises (http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/acteurs).

En 2011[3], 876 millions d'heures ont été rémunérées pour les activités de services à la personne réalisées au domicile : 565 millions pour les salariés employés par des particuliers (dont 13% en mode mandataire) et 311 millions pour les salariés des organismes prestataires[4]. L'assistance aux personnes âgées représente 53,5 % des heures rémunérées de l'activité prestataire et 51,8 % de l'activité mandataire. 392 011 salariés travaillent en mode prestataire, 154 840 en mode mandataire et 882 007 pour un particulier employeur. Parmi les salariés travaillant en prestataire, 64,8 % sont employés par une association, 26,3 % par une entreprise et 8,9 % par un organisme public.

2 Méthodologie de l'enquête

Outre la réalisation d'entretiens avec les responsables de la fédération Santé-sociaux et celle des Services, destinés notamment à favoriser des contacts pour l'enquête, l'étude s'appuie sur une enquête de terrain menée dans deux territoires. Cette dernière est composée d'entretiens (individuels et collectifs) avec des représentants du personnel de la CFDT de plusieurs structures et un responsable associatif ; d'une analyse de documents financiers de plusieurs associations et d'observations de réunions syndicales de la branche. Des entretiens ont également été menés avec des acteurs publics locaux (Conseil général, Conseil régional et Centre local d'information et de coordination) dans l'un des territoires et avec des financeurs privés (Amundi et France Active). Les entretiens ont été réalisés par A. Garabige et Loïc Trabut. S'y ajoute une exploitation de l'enquête emploi en continu en 2012 réalisée par B. Gomel.

Avant de présenter les types de structures étudiées, il convient d'exposer la démarche d'enquête, y compris dans les difficultés d'accès au terrain qui permettent de tirer des premiers enseignements sur le secteur.

2.1 Démarche d'enquête

2.1.1 *Le choix des territoires*

Pour réfléchir aux modèles économiques des structures de l'ESS, l'objectif initial de l'étude consistait à réaliser des enquêtes approfondies dans plusieurs associations au sein de deux territoires, en croisant les regards des employeurs, des salariés et des financeurs.

- ✓ Un premier terrain a été ouvert suite à la mise en contact, par la Confédération CFDT, avec des responsables régionaux du secteur dans un département de l'ouest de la France (appelé département O). L'enquête a débuté par un entretien collectif lors d'une réunion syndicale organisée au niveau de la région sur le maintien à domicile : il nous a permis de prendre contact avec les représentantes syndicales de six structures. Par la suite, nous avons mené des entretiens approfondis au sein de cinq de ces structures : entretiens individuels ou collectifs avec les représentantes ou militantes de la CFDT et

[3] Cf. OULD YOUNES S., 2013, « Les services à la personne en 2011 : une baisse globale de l'activité et de l'emploi », *DARES Analyses*, avril, n° 025.
[4] Cf. Encadré 2 pour une présentation des modes d'emploi dans l'aide à domicile (prestataire, mandataire, emploi direct).

avec une direction. Une demande d'entretien avec le directeur d'une structure importante sur le territoire n'a pas abouti (le refus malgré plusieurs relances peut s'expliquer par le fait que le directeur a quitté son emploi au cours de l'été 2014).

Les entretiens ont duré en moyenne deux heures et ont porté sur les caractéristiques et les activités de l'association, ses types de financements et les transformations en la matière ainsi que sur les conditions de travail et d'emploi, en lien avec la question des financements.

Nous avons pu accéder à quelques documents présentant les grands types de financement dans deux associations, avec des données complémentaires sur le volume d'heures associées. Néanmoins, aucune des associations rencontrées ne réalisaient de bilan social (une des structures commençait à l'élaborer), un document qui aurait facilité l'analyse des liens entre qualité de l'emploi et financements.

Au-delà de ces entretiens avec des acteurs associatifs, nous avons également rencontré des responsables du Conseil régional (CR), du Conseil général (CG) et des évaluateurs du Centre local d'information et de coordination (CLIC), sans pour autant pouvoir récolter de documents relatifs aux procédures de financement dans le secteur. Selon les acteurs publics que nous avons rencontrés, ces dernières ne seraient pas formalisées par écrit. Des demandes d'entretiens, avec la CARSAT et la CAF notamment, sont restées sans suite.

- ✓ La recherche du deuxième terrain a été plus complexe. Dans un premier temps, nous avons retenu un département de l'est de la France mais les contacts fournis par la CFDT sont restés sans suite. De même nos investigations sur le terrain (par appels directs) se sont avérées infructueuses par manque d'intérêt ou de disponibilité des structures contactées. Après analyse de plusieurs territoires pertinents à étudier (en comparaison avec le département O) et après discussion avec la responsable de la fédération Santé-sociaux, nous avons choisi d'engager l'enquête dans une région du Nord de la France (appelé N). Un entretien a été mené avec la référente régionale du secteur ; il a confirmé certaines des grandes tendances observées sur le département O. Mais il a également révélé quelques spécificités : problèmes sociaux d'une région globalement plus pauvre, conflictualité plus grande dans les relations professionnelles au sein des associations, et dans certains cas le poids des relations politiques dans l'attribution de certains financements. Ajoutons que dans la région N, le secteur de l'aide à domicile est bien structuré syndicalement.

  Nous avons également assisté à une réunion de la branche du maintien à domicile (BAD), ce qui a nous a permis de recueillir le point de vue d'une trentaine de représentantes syndicales CFDT en exercice dans une quinzaine d'associations de cette région.

Nous avons pu recueillir les comptes financiers d'une de ces associations, qui révèle la baisse des financements, sans là encore pouvoir accéder à des bilans sociaux.

2.1.2 *Elargissement de la problématique*

Lors du comité de pilotage à la CFDT, le 10 janvier 2013, compte tenu des difficultés d'accès à un deuxième terrain, la question a été posée de poursuivre l'enquête sur ce deuxième terrain. Il a été décidé d'une part d'assister à la réunion du BAD évoquée ci-dessus mais aussi de réorienter l'analyse vers des structures du secteur privé lucratif et des financeurs privés.

Dans ce but, nous avons mené un entretien avec le responsable de la fédération Services de la CFDT. La question du financement, notamment public, et de son effet sur les structures ne semble pas constituer un enjeu actuel ou du moins une problématique prioritaire pour la fédération des services et plus généralement pour le secteur marchand. La fédération mène surtout des actions ciblées, en particulier sur le temps de travail partiel, problème particulièrement marqué dans ce segment du marché du travail et d'actualité avec l'ANI du 11 janvier 2013[5]. Les réalités de « terrain » des deux fédérations (Santé sociaux et Services) semblent ainsi aujourd'hui relativement éloignées si bien qu'elles négocient sur des bases différentes. Un exemple significatif : pour négocier la convention collective, la fédération Services s'est appuyée sur la convention collective du secteur de la propreté et non sur celle de l'aide à domicile, en dépit d'un intérêt pour une comparaison entre les deux sous-secteurs. L'entretien à la fédération Services n'a pas ouvert de contact dans des structures du secteur privé lucratif bénéficiant de financements publics.

Une dichotomie entre le secteur associatif et le secteur marchand apparaît néanmoins dans les revendications des représentants patronaux qui dénoncent une forme de concurrence déloyale entre associations et entreprises dans l'accès aux financements publics (une telle revendication n'est pas spécifique à l'aide à domicile, elle est par exemple très présente dans le cas du champ de la formation professionnelle). Ajoutons que la CGPME - qui a été auditionnée en septembre 2013 sur le projet de loi relatif à l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) – se montre favorable au développement de l'économie sociale et solidaire.

Nous avons également mené des entretiens avec des financeurs privés (Amundi et France Active) pour analyser le rôle de la finance solidaire et les marges d'engagement possibles de la part de ces acteurs privés dans le financement des services à la personne. Il s'agissait également pour nous d'accéder à des structures bénéficiant de financement de ce type. Les contacts n'ont pas permis d'identifier de structures de

[5] L'ANI du 11 janvier 2013 « pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés » fixe le temps partiel minimum à 24h et des heures complémentaires majorées dès la première heure dès janvier 2014.

l'aide à domicile correspondant à notre demande et les entretiens ont révélé la difficulté des financeurs privés à agir dans le secteur de l'aide à domicile.

2.2 Synthèse et éléments de réflexion

- ✓ Les types de structures étudiées

Les associations étudiées disposent d'une branche mandataire et d'une branche prestataire, la seule à laquelle nous nous intéressons (cf. encadré 2). Cette focale permet de réfléchir aux différences et ressemblances dans les pratiques et au positionnement des structures prestataires face aux modalités de financement du secteur. Il faut préciser que l'objectif initial de l'étude était de diversifier les statuts juridiques des services à domicile pour rendre compte des différents types de structures de l'ESS : association, structure d'insertion... La démarche prévue n'a pu être menée à bien, en raison de la difficulté d'accéder à la diversité des structures du fait de la prédominance des associations dans le secteur. Les entretiens avec les fédérations Santé-sociaux et Services de la CFDT et avec les financeurs n'ont pas permis d'identifier de contacts avec des structures autres qu'associatives.

Le cas des associations disposant d'une branche prestataire est particulièrement intéressant à étudier car "*théoriquement le système prestataire est plus favorable à la qualité de l'emploi que le mandataire"* (*GOMEL*, 2006, p. 25). Pourtant, nous verrons que même dans ce système, la tarification a un impact particulièrement décisif sur les conditions d'emploi et de travail au sein des associations mais aussi sur leurs activités. En effet, comme le soulignent les auteurs d'un numéro spécial de *la Revue de l'Ires* sur l'aide à domicile (*PUISSANT, GARDIN, RICHEZ-BATTESTI,* 2013), la tarification, en lien avec la procédure d'autorisation, soulève plusieurs questions majeures qui constituent autant d'enjeux et de discussions pour les employeurs et les syndicats parce qu'elles ont un impact direct sur les travailleurs et les employeurs de la branche. Le premier est celui de l'égalité d'accès aux services dans les territoires, les politiques de tarification étant déterminées librement dans chaque département nonobstant un seuil légal. Le deuxième a trait à la survie des associations parce que « *la pérennité des associations situées dans des départements dont la tarification ne prend pas en charge l'ensemble des dépenses de fonctionnement devient une question préoccupante* » (*PUISSANT, GARDIN, RICHEZ-BATTESTI, 2013*, p. 12). Un troisième concerne les salariés : les niveaux et procédures de financement ont une influence directe sur les capacités des associations à créer des emplois, à qualifier et à former les personnels.

- ✓ Nous avons pu accéder à des documents financiers dans trois associations (deux dans le département O et une dans la région N). Néanmoins, ces documents ne permettent pas, en l'absence de bilans sociaux, une analyse de la qualité de l'emploi. Les bilans sociaux n'existent le plus souvent pas dans les structures rencontrées[6]. Quelques rares

[6] La taille des associations étudiées constituent sans doute une raison majeure au fait qu'elles n'établissent pas ce type de document. En vertu des articles L. 2321-1 et L. 2323-77du code du travail, l'employeur établit et soumet

cas nous ont néanmoins été signalés d'établissements qui rédigent ce type de document mais la démarche semble difficile à mettre en œuvre. Comme l'explique cette responsable syndicale : « *On pleure tous les ans pour faire un bilan social, mais c'est d'une complexité pas possible, avec des éléments qu'ils ne veulent pas qu'on sache ... Je pense qu'il n'y a que dans les grosses structures qu'ils peuvent le faire. Bon, nous on est dans la panade ... Moi je n'ai jamais eu de contrat de travail* ». Ainsi, on constate une difficulté d'accès aux documents qui permettraient une analyse concrète des effets des financements sur ces organisations. L'absence de relais de la CFDT dans les conseils d'administration n'a pas été propice à la récolte de ces documents.

Encadré 2 : Les modes d'emploi de l'aide à domicile

Le service à la personne en France s'organise autour de trois modalités de recours (selon l'article L. 129-2 du code du travail) définissant les conditions d'exercice des associations et des entreprises agréées du secteur :

- le mode mandataire : l'usager emploie lui-même le salarié mais la structure (association ou entreprise) assure un certain nombre de tâches administratives et juridiques auprès du bénéficiaire (convention des particuliers employeurs).

- le mode prestataire : le bénéficiaire est usager de la structure qui emploie le salarié (convention de 2012).

- l'emploi de gré à gré correspond à l'emploi direct des personnes par des particuliers ; c'est le mode le plus fréquent des emplois dans ce secteur (convention collective du particulier employeur).

annuellement au comité d'entreprise un bilan social lorsque l'effectif habituel de l'entreprise est au moins de trois cents salariés.

Partie 1 : Evolution et situation actuelle des services à domicile

CHAPITRE 1 : Présentation et évolution des politiques publiques

Ces vingt dernières années se sont développées en Europe, dans un contexte de vieillissement de la population, un certain nombre de politiques et d'aides publiques pour favoriser le service à la personne, en particulier aux personnes âgées et dépendantes. En France, la dépendance des personnes âgées devient une question spécifique dès les années 1980 (MARTIN, 2001 et 2003 ; FRINAULT, 2009), avec la publication de nombreux rapports[7] traitant de questions d'ordre démographique relatif à l'accroissement des personnes âgées dépendantes et *in fine* à l'accroissement des besoins de prise en charge médico-sociale. Ces rapports sont également révélateurs d'une volonté d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées, autour par exemple de questions relatives aux vacances et aux volontariats. Mais le besoin des personnes âgées est d'abord perçu comme une opportunité de créations d'emplois. Les gouvernements successifs se sont alors contentés, dans une large mesure, d'abaisser le coût de l'aide à domicile avec des exonérations fiscales et de cotisations sociales, afin de développer les emplois de service mais aussi de résorber une partie du travail au noir très important dans ce secteur. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 1990 que sont mises en place des mesures spécifiques pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, les années 1980 et le début des années 1990 pouvant être caractérisées de « non décision exemplaire » (JOBERT, 1993) sur ces questions de politiques publiques.

1 Développer l'emploi par les services à la personne : une politique fiscale

Dans les années 1980 et au début des années 1990, la question de la prise en charge de la dépendance, bien qu'importante socialement, est secondaire au regard de celle du chômage qui est une préoccupation majeure des politiques publiques. Les besoins des personnes âgées, alors intégrés dans les besoins des familles, sont perçus comme une opportunité de création de services pouvant aider les pouvoirs publics à résorber le chômage. Créer des emplois aussi bien en emploi direct qu'avec une « *incitation au développement, avec l'appui des*

[7] ARRECKX, 1979 ; VAN LERBERGHE & PAUL, 1980 ; QUESTIAUX & MOREAU,1980 ; PAVEC & LEBEAU, 1983 ; GUYARD, 1984 ; JAGORET, 1984 ; SUEUR, 1984 ; DEBEAUPUIS ; 1984 ; BENOIST, 1985 ; MOUSNIER-LOMPRE, 1985 ; COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, 1986 ; BRAUN & STOURM LAROQUE, 1988 ; LAROQUE, 1989 ; DURAFFOURG & PAUL, 1990 ; SCHOPFLIN, 1991 ; INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 1991 ; MOUSNIER-LOMPRE & ALII, 1992 ; THERY, 1993 [Non cités en bibliographie].

collectivités territoriales, du réseau associatif de services aux personnes »[8] a semblé être une mesure idéale pour réduire le chômage et répondre à cette nouvelle demande sociale.

Ainsi, au début des années 1980, les gouvernements successifs ont développé une multitude de nouvelles formes d'emploi dans le secteur des emplois familiaux, à temps partiel, occasionnels, principalement dans l'insertion comme tremplin vers une autre activité (MARTIN, 2001). Mais à la fin des années 1980, cette politique de création d'emplois à temps partiel est apparue inefficace au regard des financements engagés. L'Etat s'est alors tourné vers une politique incitative axée sur les familles, puis sur les personnes dépendantes âgées de plus de soixante-dix ans ou en situation de handicap. De la fin des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, de nombreux dispositifs ont été mis en place afin d'inciter les ménages à recourir à des prestations de « services », mais aussi pour renforcer le secteur de l'emploi familial.

Plusieurs lois instaurent ces dispositifs de solvabilisation des services à destination des ménages, comme le rappelle le Sénateur Joseph Kergueris dans le rapport d'information consacré aux services à la personne en 2010 :

« *La loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 qui instaure, pour les personnes de plus de 70 ans ou dépendantes, employeurs directs, une exonération des cotisations de sécurité sociale. Les associations intermédiaires sont créées et sont exonérées de charges sociales pour les activités de prêt de main d'œuvre auprès des particuliers pour des petits travaux d'entretien et de jardinage.*

La loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 et la loi de finances rectificatives du 30 décembre 1991 qui modèlent l'architecture du secteur des emplois familiaux : simplification des procédures de déclaration et de paiement des charges sociales, aides directes aux ménages et meilleure organisation de l'offre. Un agrément est instauré pour les associations de service à la personne qui peuvent exercer une activité dite de mandataire, de placement de salariés et de gestion de contrats de travail. La simplification des formalités de déclarations aux organismes sociaux est généralisée à l'ensemble de la France dès le 1er janvier 1992. Pour favoriser l'emploi, la loi instaure aussi une réduction d'impôt sur le revenu égale à 50 % des sommes versées pour l'emploi d'un salarié travaillant à la résidence du contribuable, ainsi que pour les sommes versées à une association agréée par l'Etat pour la fourniture de services aux personnes. L'ensemble du champ des emplois familiaux est couvert par cette réduction fiscale.

La loi quinquennale n° 93-13 13 du 20 décembre 1993 franchit une étape supplémentaire dans la simplification administrative avec la mise en place du « chèque service » (article 5) dénommé par la suite « chèque emploi service ». Les décrets d'application du 10 novembre 1994 lancent son expérimentation pour des prestations de services à la personne inférieures à 8 heures par semaine.

[8] Réponse du ministère : Travail à la Question écrite n° 13652 de M. Marcel Lucotte (Saône-et-Loire - RI) publiée dans le JO Sénat du 19/11/1992 - page 2580.

La loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 pérennise le chèque emploi service et l'étend au temps plein. A côté de l'agrément simple, le gouvernement crée un agrément qualité pour la garde d'enfant et l'assistance aux personnes âgées ou handicapées. Le secteur est ouvert aux entreprises privées agrées. Depuis 2000, elles bénéficient de la TVA réduite (5,5 %). La loi autorise les comités d'entreprise ou les entreprises à verser des aides financières aux salariés utilisant les services d'un intervenant à domicile.

Le titre emploi service est crée par l'arrêté du 27 décembre 1996.

La loi du 21 Juillet 2001 crée l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Elle prend ainsi acte de l'évolution des modes de vie qui rend de plus en plus difficile la prise en charge de la dépendance dans le cadre des solidarités familiales (...).

La loi de février 2005 créé une nouvelle prestation pour la compensation du handicap (PCH). Il s'agit d'une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Ouverte à compter du premier janvier 2006, cette prestation s'inspire de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA). Elle va cependant plus loin et constitue le socle de l'évaluation des besoins pour l'autonomie et la participation des personnes handicapées. Les décrets et arrêtés parus en fin d'année 2005 en précisent les principes et les modalités d'attribution.

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne - dite "Loi Borloo" - vise un développement quantitatif et qualitatif du secteur par la mise en œuvre de nouvelles mesures d'incitation fiscale et de structuration de l'offre. Elle comprend notamment :

- *La suppression de toutes les cotisations patronales au profit des prestataires de services agréés ;*
- *Une simplification des procédures d'agrément des structures de services à la personne ;*
- *La création d'un chèque emploi service universel (CESU), en remplacement du chèque emploi service et du titre emploi service.*

Une vingtaine d'activités sont ciblées par le plan de développement des services à la personne de 2005, dit "Plan Borloo"(...). En 2009, le Plan II des services à la personne renforce certaines dispositions, en introduit de nouvelles et étend le champ des activités soutenues ». (KERGUERIS, 2010, pp.8-9).

Ces mesures ont été accompagnées d'effets. De 1987 à 1995, les dispositifs d'exonération de charges sociales et de déductions fiscales précédemment cités *« ont généré environ 126 millions d'heures de travail ; soit près de 70 000 emplois équivalents temps plein (ETP) dans le secteur des services à la personne, c'est-à-dire créés par des particuliers-employeurs. Pendant la même période, les dispositifs traditionnels d'aide au maintien à domicile (essentiellement l'aide ménagère) créaient dix fois moins d'heures de travail : moins de 7 000 emplois ETP* » (LABRUYERE, 1996, p. 2). Par ailleurs, « *entre 1995 et 2005, le nombre de ménages déclarant à l'administration fiscale employer un salarié à domicile a augmenté de*

76 %. Sur la même période, les dépenses consacrées par les particuliers à l'emploi d'un salarié à domicile ont progressé de 104 %, selon les données fiscales (une part importante de cette croissance étant liée à une logique de blanchiment du travail au noir, comme le soulignent les résultats bien plus modérés des enquêtes Budget de famille : + 24 % pendant la même période). Les analyses de l'Insee estiment que cette croissance est imputable, pour plus des deux tiers, à des personnes qui déclarent un salarié qu'ils employaient auparavant « au noir » et, pour le tiers restant, à de nouveaux ménages utilisateurs de services à domicile » (DEVETTER, LEFEBVRE & PUECH, 2011, pp. 11-12).

2 Mise en place d'une politique de la dépendance

A partir du milieu des années 1990, la dépendance devient une politique sociale en France, avec la mise en place de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) de manière expérimentale dans 12 départements, puis à l'échelle nationale avec la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en 1997 et enfin avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001.

2.1 De la Prestation Expérimentale Dépendance à la Prestation Spécifique Dépendance

La loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité Sociale instaure le principe de l'expérimentation d'une « prestation dépendance » au niveau départemental, versée à des personnes âgées dépendantes qui résident dans un domicile individuel. La prestation expérimentale dépendance est soumise à récupération sur succession, son montant est modulé en fonction du revenu et elle s'adresse en majorité aux personnes bénéficiant de bas revenus. Si sa mise en place est caractéristique de la prise de conscience de la spécificité des besoins des personnes âgées, l'évaluation qui a pu en être faite (notamment en Ille-et-Vilaine) est mitigée (JOURDAIN, 2001)[9]. D'abord, elle est loin de couvrir l'ensemble de la population dépendante : seulement une personne dépendante sur neuf en bénéficie. *« La principale raison de cette exclusion d'une partie importante de la population est que la sélection des bénéficiaires se fait sur la base de niveaux élevés de dépendance (GIR 3 minimum) et de conditions de ressources restrictives. Plus précisément, on pouvait, dès 1995, évaluer que le choix du GIR 3 comme niveau minimum de dépendance pour obtenir une aide "réduit le nombre de bénéficiaires de 46,1% comparativement à ce que donnerait un seuil moins restrictif (GIR 4)"»* (JOURDAIN, 2001, p. 258). Ensuite, elle instaure une concurrence entre les services prestataires et *« renforce le rôle du bénéficiaire comme employeur direct, même dans les cas de recours à des services mandataires » (*JOURDAIN, 2001, p. 258), ce qui fragilise les services à domicile. Néanmoins, un des points forts de ce dispositif réside dans l'évaluation des besoins de la personne âgée dépendante qui permet de *« placer la personne âgée au centre du dispositif (...). Globale, elle conjugue les approches médicales et sociales et veut dépasser le cadre a*

[9] « *Un cahier des charges définit les objectifs de l'évaluation de cette prestation. Il s'agit de :*
- *valider une grille d'évaluation unique de la dépendance ;*
- *mettre en place une coordination autour de la personne âgée et de sa famille pour leur information sur les services et les aides disponibles et leur orientation ;*
- *promouvoir au niveau départemental une meilleure adéquation de l'offre et de la demande ;*
- *apprécier le nombre de bénéficiaires concernés et établir le coût global de la prise en charge de la dépendance* » (JOURDAIN, 2001, p. 258).

priori de la PED, c'est-à-dire celui d'un financement pour appréhender une situation globale. Personnalisée, elle replace la personne âgée dépendante dans son environnement familial et prend en compte son mode de vie » (JOURDAIN, 2001, p. 259).

Lui succède la prestation spécifique dépendance (PSD), mise en place à l'échelle nationale en 1997. La PSD, qui se substitue à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)[10], s'adresse aux personnes de 60 ans et plus. Les évaluations qui en sont faites sont également mitigées. D'abord, selon Alain Jourdain (2011), elle reprend plusieurs points faibles de la PED : conditions de dépendance restrictives (GIR 1 à 3 exclusivement), conditions de ressources inférieures à un plafond de 943 euros[11] pour en bénéficier à taux plein, recours sur succession[12]. Comme le note par exemple Jean-Louis Masson (RPR) dans une question au gouvernement, « *cette nouvelle prestation à la charge du département constitue [même] une régression par rapport à la prestation expérimentale dépendance dont avait bénéficié la Moselle entre autres départements* (...) *la prestation spécifique dépendance étant devenue une prestation d'aide sociale, elle est soumise à récupération notamment sur les successions dépassant 300 000 francs (...) il ne s'agit donc pas d'une assurance contre le risque dépendance qui touche de plus en plus de personnes âgées* »[13]. Par ailleurs, un des points d'achoppements majeurs concerne le statut des intervenants. Contrairement à l'ACTP, la PSD doit obligatoirement être utilisée pour l'emploi d'une aide salariée[14], selon le mode mandataire, prestataire ou en emploi direct. En 2000, parmi les personnes bénéficiaires de cette prestation, les dépenses d'aide à domicile ont été affectées à des aides en mode mandataire pour 42 %, à des aides en emploi direct pour 29 % et finalement à des aides en mode prestataire pour 21 % (KERJOSSE, 2001). Les associations dénoncent les limites du dispositif de plusieurs points de vue : intérêt de l'usager et qualité du service ; conditions de travail des intervenants et équilibre financier des associations ; coût de l'intervention pour le financeur (JOURDAIN, 2001). Néanmoins, plusieurs éléments sont évalués positivement. D'abord, avec son dispositif dévaluation qui permet une meilleure connaissance des besoins des personnes âgées, la PSD peut apparaître comme une « *prestation de service adaptée et modulable à chaque cas* » (*ibid.*). Il s'agit, comme cela sera également le cas avec l'APA, d'un mécanisme d'évaluation à partir de la grille AGGIR qui s'apparente en réalité à une « négociation » entre l'allocataire (ou son représentant) et l'autorité publique, l'Equipe Médico-Sociale (EMS)[15]. Par ailleurs, cette prestation a permis de décloisonner les systèmes

[10] L'ACTP créée en 1975 s'adresse à une personne handicapée (« soit que son état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, soit que l'exercice d'une activité professionnelle lui impose des frais supplémentaires » (Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Chapitre III : Dispositions relatives aux prestations aux adultes handicapés, Article 39). Avec la mise en place de la PSD, elle est alors réservée aux personnes handicapées âgées de moins de 60 ans.

[11] Au 31 décembre 1998.

[12] Cf. pour un bilan de la mise en place de la PSD : JOURDAIN *et alii*, 1996 ; BORREL, 1999.

[13] Question au gouvernement de M. Masson Jean-Louis (Rassemblement pour la République - Moselle) le 22 décembre 1997.

[14] 90% de l'allocation doit être utilisé pour rémunérer un salarié.

[15] Dans un article sur l'évaluation de la dépendance à domicile, Pascal Mulet (2014) appréhende l'outil AGGIR comme un outil de médiation au niveau des différentes étapes du processus de mise en place de l'APA. Etudiant les pratiques d'évaluation dans deux services, il analyse le travail de remplissage de la grille comme une pratique

locaux. Notons qu'en 1997, un dispositif local de coordination gérontologique rend obligatoire les conventions entre les départements et la Sécurité sociale au sujet des prestations de services aux personnes âgées. L'objectif est d'améliorer la complémentarité, les modalités de gestion, l'instruction et le suivi des prestations.

2.2 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Par la loi du 20 juillet 2001 l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se substitue à la prestation spécifique dépendance (PSD). Il y a continuité entre la PSD et l'APA : elle est attribuée aux personnes dépendantes à partir de 60 ans vivant à domicile ou en établissement, par décision du président du Conseil général et est versée par le département sur proposition d'une commission qui comprend, en outre, les représentants des organismes de sécurité sociale. L'instruction du dossier se fait à partir d'un plan d'aide construit par une équipe médico-sociale. Les conditions d'attribution et les barèmes définis au niveau national sont revus :

- l'APA[16] est proportionnel au niveau de dépendance dont le seuil d'entrée est désormais fixé au GIR 4 ;
- ce montant n'est plus lié au revenu de la personne, au sens où les personnes les plus riches peuvent bénéficier d'une aide maximum, mais une participation financière est demandée au bénéficiaire du plan d'aide selon son revenu (plafonné à 90% du montant du plan d'aide) ;
- enfin, les montants versés ne sont pas susceptibles d'une récupération sur succession.

Si, avec l'APA, la loi annule la possibilité de recours sur succession afin de compenser les frais associés au travail rémunéré d'un aidant, elle donne toutefois la possibilité de faire intervenir la famille dans l'aide. Ainsi, cette allocation est versée dans le cadre d'une aide en nature à la personne dépendante qui peut s'adresser soit à une structure prestataire ou mandataire, soit au salarié de son choix dans le cadre de l'emploi direct, soit, dans certains cas, à un membre de sa famille. La procédure d'accès la plus courante à cette allocation est la suivante : dans un premier temps, la personne aidée fait une demande d'allocation en fournissant des informations relatives à sa situation financière. Dans un second temps, l'aidé reçoit la visite d'une équipe médico-sociale (de constitution variable selon les départements) qui réalise un diagnostic à l'aide de l'outil d'évaluation Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR), permettant de définir le Groupe Iso-Ressources (GIR) associé à une fourchette de prise en charge financière. Une fois cette fourchette définie, l'équipe médico-sociale prescrit un plan d'aide en nature qui sera financé par l'allocation. Muni de ce plan d'aide la personne dépendante s'adresse à la structure ou à l'employé de son choix afin d'avoir accès à l'aide. Notons que pour les personnes les plus dépendantes, les modalités d'intervention visent à « *affecter l'allocation à la rémunération d'un service*

« *de traduction et de tri des informations [effectuée] par des personnes mandatées pour produire [une] vérité officielle* », qui peut donc s'apparenter à une négociation.

[16] Depuis le 1er avril 2014, les plans d'aide sont plafonnés à : 1 312,67 euros/mois pour le GIR1 ; 1 125,14 euros/mois pour le GIR2 ; 843,86 euros /mois pour le GIR3 ; 562,57 euros/mois pour le GIR4.

prestataire d'aide à domicile agréé »[17], cette modalité étant « *propre à garantir la qualité de l'aide servie à domicile* »[18].

Le passage de la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) s'est traduit par une augmentation sensible du nombre de personnes âgées bénéficiaires d'une prestation dépendance. A titre d'exemple, à la fin du deuxième trimestre 2001, 72 280 personnes âgées bénéficiaient de la PSD à domicile pour un montant moyen de 533 euros (KERJOSSE, 2001). Au 31 décembre 2004, c'est-à-dire moins de trois ans plus tard, plus de 510 000 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile, pour un montant moyen de 488 euros par mois (WEBER, 2006). Entre ces deux dates, les montants de dépense d'aide à domicile sont passés de plus de 460 millions d'euros à près de 3 milliards d'euros. En conséquence, le nombre d'offreurs de service dans le secteur de l'aide à domicile a lui aussi augmenté de manière significative.

Encadré 3 : Les bénéficiaires de l'APA

La direction de la sécurité sociale évalue à 5,3 milliards d'euros le montant total des dépenses d'APA pour l'année 2010. Au 30 juin de la même année, 61 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 39 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées[19]. Sur ces données, on estime que près de 3,15 milliards d'euros d'argent public, dont une grande majorité est affectée à une aide humaine[20], rémunèrent des prestations que l'allocataire achète sur le marché.

En décembre 2012, le champ de la dépendance et des personnes fragiles utilisant l'APA représente 731 000 personnes âgées à domicile. 79,8 % des allocataires de l'APA sont dans les deux groupes les moins dépendants (GIR 3 et GIR 4). Le montant moyen d'aide financière allouée pour des aides par personne âgée est de 489 euros en décembre 2011.

Depuis la création de la PSD, la législation a autorisé l'accès des entreprises privées au marché de « l'aide sociale ». Ces dernières, de plus en plus nombreuses dans le secteur[21], sont plutôt concentrées sur les activités du secteur des services à la personne en général (c'est-à-dire en dehors du sous-champ de la dépendance et des personnes fragiles), qui représente un marché plus large (cf. encadré 1) et est moins contraignant en termes d'accès (cf. infra).

[17]Rapport d'information, déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et présenté par M. Pascal Terrasse, député socialiste.

[18]Ibid.

[19]DREES, enquête trimestrielle auprès des conseils généraux.

[20] Cf. BERARDIER M., en collaboration avec DEBOUT C., 2011, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », Etudes et résultats, n° 748, février, DREES.

[21] En 2008, la Dares souligne : « *les entreprises privées continuent leur forte progression. Le nombre d'entreprises actives et le volume d'heures rémunérées a quasiment doublé en un an. Les entreprises privées sous mode prestataire ont employé près de 14 000 salariés, en hausse de 67 % par rapport à 2005* » (CHOL, 2008, p. 1).

3 Politique de régulation : développer et promouvoir des structures de qualité

La croissance importante de la demande de services d'aide à domicile a favorisé l'accroissement du nombre d'offreurs, aussi bien sous les modes intermédiés (associations et entreprises privées) qu'en emploi direct. Les pouvoirs publics ont donc développé des outils de régulation afin d'accompagner cette croissance et de garantir la qualité du service. Suite à l'agrément de 1991 uniquement dédié aux associations (agrément leur permettant de bénéficier d'exonérations fiscales) et étendu en 1996 à toutes les formes de structures, un agrément simple et un agrément qualité ont été créés. Prenant la forme d'un arrêté du préfet de département, l'agrément qualité était obligatoire pour les services rendus au domicile des personnes dites « fragiles ». L'agrément simple facultatif concernait les services de confort. Parallèlement, une procédure d'autorisation a été mise en place en 2002, délivrée par le Conseil général. Le système de l'agrément (agrément simple et agrément qualité) a été réformé en 2011.

Il existe aujourd'hui trois procédures qui permettent de bénéficier des avantages fiscaux ou d'obtenir des exonérations de cotisations sociales spécifiques aux services à la personne : la déclaration (facultative, pour les services de conforts), l'agrément (qui concerne les seuls publics fragiles[22]) et l'autorisation. L'aide à domicile est ainsi régie par deux dispositifs (agrément et autorisation), sous la tutelle de deux administrations, ayant des objectifs différents. L'inspection générale des affaires sociales présente ces deux objectifs comme suit : « *le premier répond à un objectif quantitatif (développement de l'emploi et des services offerts au titre de 21 activités) est régi par la logique concurrentielle. Ces services prestataire ou mandataire sont agréés par l'Etat sur des critères dit « de qualité ». […] Le second a un objectif plus qualitatif, les services « sont autorisés par le Conseil général si le projet est compatible « avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève »* » (RAYMOND *et alii*, 2009, p. 13). A noter, l'emploi direct n'est pas soumis à cette procédure[23].

3.1 L'autorisation

L'autorisation est réformée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002. Elle ne s'applique qu'aux organismes d'aide à domicile qui exercent leur activité en qualité de prestataire ou de mandataire, et notamment, à ceux qui interviennent auprès des personnes âgées et handicapées. L'autorisation est délivrée par le Président du Conseil général après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et attribuée pour quinze ans. Lorsque le service prestataire est autorisé, la tarification de ses prestations relève de la compétence du Conseil général (Code de l'action sociale et des familles - art. R314-14 à 20). Dans les faits, les tarifs sont souvent négociés entre la structure et le Conseil général. Dans le

[22] Il s'agit des enfants de moins de trois ans, des personnes de plus de 60 ans et des personnes handicapées ou dépendantes.

[23] Le Conseil économique et social dans son rapport préconise toutefois la mise en place d'un agrément sur le modèle de la garde d'enfant à domicile (VEROLLET, 2007).

cas où le service est tarifé, la structure applique les tarifs négociés qui peuvent se situer à un niveau plus élevé que le niveau de prise en charge publique, tout en assurant des prestations qui sont entièrement couvertes par les montants versés dans le cadre de l'APA. En effet, dans la procédure d'allocation de l'APA, le Conseil général fixe un prix de l'heure d'aide à domicile[24] qu'il utilise pour calculer le montant de l'APA. Si le prix de la structure choisie (non autorisée) par le bénéficiaire est supérieur à ce tarif, le bénéficiaire prend à sa charge le différentiel de prix. Dans le cas d'une prestation qui est réalisée par une structure autorisée, le Conseil général verse le montant demandé par la structure, même si celui-ci est supérieur au tarif fixé dans le cadre de l'APA. En contrepartie, la procédure d'autorisation met les organismes partiellement sous tutelle (LAVILLE, 1996) du Conseil général. *« La contrepartie de cette tutelle rapprochée du Conseil général, en tant que financeur, est de pouvoir analyser les comptes pour restreindre les coûts, imposer une certaine modération salariale ou exiger un audit en organisation. Celle-ci fait perdre à l'entreprise ou l'association une part importante de son autonomie »* (*Ibid.*).

Depuis 2005, cette autorisation est devenue une option. Lorsqu'ils opèrent dans des activités d'aide et d'accompagnement aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux familles en détresse, les organismes prestataires peuvent choisir entre la procédure d'agrément et la procédure d'autorisation.

3.2 L'agrément

L'agrément est obligatoire lorsque l'activité de l'entreprise porte sur la garde ou l'accompagnement d'enfants de moins de trois ans ; ou sur l'assistance de vie ou l'accompagnement aux personnes âgées de soixante ans au moins, handicapées ou dépendantes (selon l'article L. 7231-1 du Code du travail). Il est accordé pour cinq ans quand les conditions suivantes sont remplies par l'entreprise :

- disposer elle-même ou au sein du réseau dont elle fait partie (s'il y a plusieurs établissements) des moyens humains, matériels et financiers permettant d'exercer l'activité pour laquelle l'agrément est sollicité ;
- si elle comporte plusieurs établissements, disposer d'une charte de qualité établie pour tous ;
- respecter un cahier des charges précisant les conditions de fonctionnement, d'organisation et de continuité des services, les conditions de délivrance et d'évaluation des prestations.

Ainsi, contrairement à la procédure d'autorisation qui est différente dans chaque département, l'agrément (comme avant l'agrément qualité) suppose le respect d'un cahier des charges défini au niveau national (cf. Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail[25]). Plusieurs conditions sont à respecter notamment en

[24] Un prix pour chaque mode d'emploi.
[25] Par cet arrêté, l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » est abrogé.

termes d'organisation d'un accueil de qualité, de propositions d'intervention individualisée, de clarté et de qualité de l'offre de service, de modalités de réalisation, de suivi et d'évaluation de l'intervention. Des obligations en termes de recrutement et de qualification du personnel encadrant et intervenant, mais aussi en termes de formation sont également spécifiées.

Le fait de pouvoir opter pour l'agrément ou l'autorisation semble attester une dérégulation du secteur. Comme le notait Thierry Ribault, le droit d'option introduit par la loi de 2005 signifie qu'une structure prestataire peut « *exercer son activité soit dans le cadre d'une procédure d'autorisation par le Conseil général dont elle dépend, soit de répondre au cahier des charges de l'agrément simple ou qualité, généralement moins contraignant, délivré par la Direction départementale du travail »* (RIBAULT, 2008, p. 111*)*. Florence Gallois parle quant à elle d'une « *simplification des conditions d'entrée sur le marché pour les structures, par le raccourcissement de la durée des procédures d'agrément et l'instauration du droit d'option* » (GALLOIS, 2009, p. 223). En effet, la circulaire ANSP/DGEFP/DGAS n° 1-2007 du 15 mai 2007 a permis un renouvellement automatique de l'agrément pour les organismes certifiés « *renouvelé tacitement dès lors que le champ et le référentiel qualité de la certification répondent aux prescriptions légales et réglementaires relatives aux services à la personne* ». Ainsi, la certification[26], reconnue par l'Agence nationale de services à la personne (ANSP), remplace le contrôle de la qualité par les autorités publiques. C'est pourquoi selon Francesca Petrella et Nadine Richez-Battesti : « *ces évolutions illustrent un recul de la régulation tutélaire au profit d'une régulation quasi-marchande (...) où la concurrence sur le marché, encadrée par une régulation publique minimale et complétée par des démarches privées de certification de la qualité, est le principal mode de structuration de l'offre* » (*PETRELLA & RICHEZ-BATTESTI*, 2010, p. 280).

[26] Trois certifications de service permettent le renouvellement automatique de l'agrément et la dispense de l'évaluation externe dans les conditions prévues en application de l'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles : Certification NF Service aux personnes à domicile délivrée par AFNOR Certification ; Certification Qualicert Service à la personne délivrée par SGS-ICS ; Certification Qualisap « Qualité de services des organismes exerçant des activités de services à la personne » délivrée par Bureau Veritas Certification. La certification demande le respect de la déontologie ; un accueil physique ; de réaliser une analyse de la demande ; d'élaborer une offre de service, de réaliser des devis pour les prestations et le contrat ; de pouvoir organiser des interventions avec des personnels compétents et un suivi ; d'organiser un traitement des réclamations et une analyse de la satisfaction des clients.

Encadré 4 : Etat des lieux entre autorisation et agrément

En 2008, il y a plus de 15 000 organismes agréés parmi lesquels on estime la part de ceux « agréés qualité » à 20%, majoritairement des associations :

5948 associations :

- facturent 89% des heures effectuées en mode prestataire ;
- représentent 39% des structures de services à la personne ;
- offrent des services principalement aux personnes dépendantes.

7770 entreprises :

- facturent 11% des heures effectuées en mode prestataires ;
- représentent 50% des opérateurs;
- sont positionnées sur les services de confort : 47 % proposent du ménage contre 33 % dans l'ensemble (associations et entreprises) ; 9 % du jardinage contre 2 % dans l'ensemble; 20 % des services pour publics fragiles de type assistance aux personnes âgées et handicapées contre 52 % dans l'ensemble.

En 2010, seulement 29% des heures en prestataire et 23% des heures en mandataire réalisées par les entreprises sont destinées à l'aide aux personnes âgées[27].

[27] Cf. OULD YOUNES S., 2012, « Les services à la personne en 2010 : stabilité de l'activité globale, après le ralentissement de 2008-2009 », *DARES Analyses*, septembre, n° 60.

CHAPITRE 2 : L'emploi dans l'aide à domicile

Le champ de la dépendance tel qu'on le connaît aujourd'hui, autour de métiers et d'une politique publique centrale (l'Allocation personnalisée à l'autonomie), n'a été que très tardivement défini. La structuration actuelle de l'aide à domicile est le fruit d'une histoire longue sur laquelle nous reviendrons dans un premier temps, pour présenter ensuite les conditions d'emploi et de travail dans ce secteur aujourd'hui (à partir de l'exploitation de l'enquête Emploi en continu en 2012).

1 La structuration professionnelle de l'aide à domicile

1.1 Les branches professionnelles

La production du maintien à domicile est structurée aujourd'hui autour de trois branches professionnelles distinctes en fonction principalement du type d'employeur : les particuliers employeurs, les employeurs associatifs et les entreprises privées[28].

Le mode de l'emploi direct, connu aussi sous l'appellation « gré à gré » est aujourd'hui soutenu par la Fédération des Particuliers Employeurs. Il plonge ses racines dans la domesticité, relativement mal connue en raison de l'absence de sources statistiques jusqu'à la fin du XIXème siècle. On sait néanmoins qu'en 1896 on comptait 87 domestiques pour 1000 « ménages » et 57 en 1937 (GUIRAL, THUILLIER, 1978). Au regard des « *habitués que nous sommes aux institutions de protection sociale* » (MARTIN-FUGIER, PERROT, REBERIOUX, 1978, p. 159), la situation des domestiques au début du siècle apparaît particulièrement difficile : aucune garantie de l'emploi, aucune couverture maladie, une dépendance totale au maître. S'ils bénéficient notamment de la loi sur les bureaux de placement dès leur promulgation, les lois sur le repos hebdomadaire (1906), sur les 8 heures (1919) ou « *en 1936 sur la semaine de 40 heures leur sont inapplicables et, en 1966, il n'y a toujours pas de règles qui leur soient applicables en matière de repos hebdomadaire* » (CHAUCHARD, LE CROM, 2005, p. 55). Par ailleurs, jusqu'en 1951, les « gens de maison » ne bénéficient pas de couverture conventionnelle nationale, qui ne sera étendue à l'ensemble des « employés de maison » qu'en 1982. La situation actuelle est sans commune mesure avec ce qui est décrit au XIXème et au début du XXème siècle. Le secteur de l'emploi direct rassemble aujourd'hui un nombre important de salariés dont les portraits sont très différents. Mais leurs conditions de travail et

[28] Le secteur public – que nous ne traitons pas dans cette analyse du champ conventionnel - intervient également via les centres communaux d'action sociale.

d'emploi sont souvent moins bonnes que dans d'autres secteurs[29], principalement en raison de la contractualisation « directe » entre employeur et employé, qui va de paire avec la multiplication des contrats dans le cas fréquent du multi-employeur.

La branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile recouvre l'ensemble des associations d'aide à domicile structurées autour de plusieurs fédérations[30]. La convention collective applicable depuis le 1er janvier 2012 est le fruit du regroupement progressif de trois conventions collectives construites dans les années 1970 et 1980. Les associations sont des acteurs historiques du secteur. Si les services aux familles, principalement orientés vers la prise en charge des enfants, existent depuis le XIXème siècle, la loi de 1901 donne un cadre légal à ces différentes initiatives à l'origine soutenues par une logique de dons et de bénévolat militant (DUSSUET & LOISEAU, 2007). C'est beaucoup plus récemment que l'économie sociale s'est développée dans son acception actuelle avec l'« externalisation » marchande du travail domestique. De nombreux travaux (HELY, 2008 ; DUSSUET, 2005) viennent toutefois mettre en lumière ce que Frédéric Tiberghien qualifie de « contradictions ou paradoxes » (TIBERGHIEN, 2007, p. 13) entre l'action collective de l'économie sociale et la nouvelle finalité de l'offre de services, les associations n'étant pas en mesure de garantir des emplois de qualité.

Si historiquement, les organismes agréés de services à la personne sont majoritairement des associations (et des organismes publics), les entreprises privées se sont récemment développées, notamment depuis le plan Borloo. A partir de 2005, des négociations autour d'une convention collective propre à ces entreprises se mettent en place (avec côté employeur la FESP affiliée au Medef et la Fedesap affiliée à la CGPME) et aboutissent à la signature d'une convention collective en 2012[31].

1.2 Historique de l'emploi dans le secteur et enjeux actuels

L'évolution historique, marquée par la sortie progressive de la domesticité depuis la fin du 19ème siècle (VASSELIN, 2002), la formalisation des relations de travail mais aussi la diversification des modes d'emploi dans les activités de services à la personne, a donné lieu à quatre figures types de relation de travail :

- la plus ancienne est celle du « domestique » à temps plein (ou au moins à mi-temps, parfois nourri et logé), aujourd'hui presque entièrement disparue, mais encore particulièrement importante au milieu du XXème siècle (MARTIN-FUGIER, 1979);
- la deuxième est celle de « l'aide à domicile », salariée d'une association, d'une entreprise ou d'une mairie, intervenant auprès de bénéficiaires de prestation sociale.
- La troisième : la « femme de ménage multi-employeur », poussée du côté du modèle du travail indépendant, entretient avec ses employeurs (ses « clients ») des relations de nature plus commerciale que salariale (LABRUYERE, 1996). La situation de multi-employeurs est caractéristique des emplois du secteur. En effet, 80% des emplois sont

[29] Cf. notamment : DEVETTER, ROUSSEAU, 2011 ; DEBONNEUIL, 2008 ; DONIOL-SHAW, LADA, DUSSUET, 2007.
[30] Notamment, Adessadomicile, ADMR, FNAAFP/CSF, UNA.
[31] Pour une analyse détaillée de la construction et de la structuration des champs conventionnels dans les services à la personne, cf. LEFEBVRE, 2013.

en emploi direct et en régime mandataire. Ce n'est pas uniquement le cas des salariés en emploi direct, puisque selon l'Insee, « *46% des salariés du particulier employeur travaillent aussi pour une personne morale* » (MARBOT, 2008, p. 35), la plupart du temps pour un centre communal d'action sociale ou pour une association. De plus, « *il n'est pas rare, dans les travaux empiriques, de rencontrer des salariés ayant jusqu'à 12 ou 13 employeurs hebdomadaires* » (DEVETTER, JANY-CATRICE, RIBAULT, 2009).

- « L'aide à domicile mixte » (LABRUYERE, 1996*)*, qui travaille à la fois avec le statut de salariée d'une association de maintien à domicile et avec celui d'employée de particulier à travers le statut mandataire. Les conventions collectives applicables à ces deux statuts étant différentes, cette alternance se traduit par une complexification des conditions d'organisation de l'emploi : différentiel de rémunération selon le mode d'emploi aux différentes heures de la journée, paiement ou non-paiement des frais de déplacement entre deux clients selon le mode d'emploi, modalités différentes d'accès à la formation, etc.

Ces emplois véhiculent, en plus d'une organisation du travail complexe, une image d'*« emplois à temps très partiel, entre 10 et 15 heures par semaine selon les estimations, au taux horaire proche du SMIC. Cela conduit à des rémunérations comprises entre 320 euros et 550 euros mensuels, avec certainement, pour une moitié d'entre eux, des salaires moyens autour de 850 euros »* (JANY-CATRICE, PUISSANT, 2009, p. 132). En effet, le temps partiel, avec son effet sur les salaires, est une des caractéristiques de l'emploi dans les services à la personne et plus particulièrement dans l'aide à domicile. Par exemple, la moitié des salariés employés par des particuliers travaillent à temps partiel (ULRICH, ZILBERMAN, 2007). Un autre problème rencontré par les salariés intervenant à domicile est le morcellement de leurs interventions. Les aides à domicile des personnes âgées dépendantes réalisent en moyenne quinze visites par semaine, ce qui représente environ 25 % du temps de travail passé dans les transports et les coupures entre deux interventions (CERC, 2007). Or, ces temps ne sont pas pris en compte dans les rémunérations quand l'employeur est un particulier, et pas toujours bien pris en compte par les organismes prestataires (CHARDON, ESTRADE, 2007). Une autre difficulté pour les aides à domicile provient des variations d'horaires et donc de rémunérations d'un mois à l'autre, mais aussi dans l'organisation du travail. En effet, chômage, divorce, accidents professionnels, voire perte de lucidité, hospitalisation ou décès de l'employeur ont des conséquences sur l'activité du salarié.

Ce panorama global masque néanmoins des différences selon les emplois exercés. Au sein de l'aide à domicile on distingue plusieurs métiers avec des salariés qui peuvent intervenir soit auprès des personnes âgées et en situation de dépendance, soit auprès des familles (les techniciens d'intervention sociale et familiale) (cf. encadré 5). La situation observée dans les emplois d'aide à domicile et celle des techniciens de l'intervention sociale familiale (TISF) notamment n'est pas la même. Selon le Rapport Geste (2011), « *si les métiers de l'aide à domicile, les TISF et les AVS notamment, sont définis, au niveau du Ministère, comme des métiers du travail social, il en va différemment sur le terrain. Les acteurs de terrain, que ce soit les financeurs, les responsables d'association ou les professionnels TISF eux-mêmes, distinguent (…) les métiers qui relèvent de l'aide ménagère de ceux qui relèvent du travail*

social. Ainsi le métier d'auxiliaire de vie sociale est perçu comme relevant de l'aide ménagère tout comme l'était le métier de Travailleur Familial tandis que le métier de TISF s'inscrit aujourd'hui dans les métiers du travail social » (p. 21). Les conditions de travail des TISF semblent néanmoins se durcir : en plus de la fragilisation des publics, le nombre de familles prises en charge simultanément augmente et les horaires de travail se fractionnent.

Encadré 5 : Les métiers de la branche de l'aide à domicile

Les agents à domicile (catégorie A) bénéficient de formations internes au sein des associations. Ils réalisent des travaux courants d'entretien de la maison et assistent la personne dans des démarches administratives simples.

Les employés à domicile (catégorie B) sont titulaires d'un diplôme de l'Education nationale (par exemple un BEP sanitaire et social), d'un certificat d'aptitude (tel qu'un CAP petite enfance) ou encore d'un titre professionnel (comme le titre d'assistant de vie). Ils aident les personnes dans les actes essentiels de la vie ainsi que dans les activités de la vie quotidienne.

Les auxiliaires de vie sociale (catégorie C) sont titulaires d'un diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou d'une mention complémentaire d'aide à domicile et les aides médico-psychologiques (catégorie C) sont titulaires d'un diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique. Ces professionnels accompagnent les personnes dans les activités de la vie quotidienne, dans les actes essentiels de la vie et dans les activités sociales et relationnelles. Ils participent à l'évaluation de la situation familiale et coordonnent leurs actions avec d'autres acteurs.

Les techniciens d'intervention sociale et familiale (catégorie D) sont titulaires d'un diplôme d'État de technicien d'intervention sociale et familiale. Ils mènent des interventions de prévention et de réparation auprès de publics fragilisés en apportant un soutien éducatif, technique et psychologique dans les actes de la vie quotidienne et l'éducation des enfants, en partenariat avec des acteurs sociaux de la protection de l'enfance.

En termes d'enjeux économiques, et donc d'emplois, ces métiers semblent également se distinguer. En effet, alors que l'aide sociale à l'enfance (ASE)[32], qui finance majoritairement les TISF (cf. encadré 6), a vu son budget augmenter de 9,4 % entre 2004 et 2008 puis de 11,3 % entre 2008 et 2012, l'APA à domicile a augmenté de 30,1 % sur la première période et s'est stabilisée sur la seconde (+2,8 %). De plus, les montants investis dans ces deux aides sont différents. En 2011, les « actions éducatives » de l'ASE représentent un budget de 405 millions d'euros, tandis que le montant servant à rémunérer les aides à domicile dans le cadre de l'APA est de 3,15 milliards d'euros.

Par ailleurs, le mode prestataire, plus propice au déploiement de collectifs de travail, est en théorie marqué par des conditions de travail et d'emploi moins dégradées que ne l'est l'emploi

[32] L'ASE, issue de l'assistance publique, est menée dans le cadre de l'action sociale, définie par l'article L 221-1 du code de l'action sociale et des familles. Depuis 1986, les départements « chefs de file » du système de protection des mineurs mettent en place cette politique dont la mission est de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance vient renforcer le rôle préventif du département.

en mode mandataire et plus encore l'emploi direct. On sait par exemple que les salariés en mode prestataire ont une durée du travail légèrement supérieure avec 28,3 heures hebdomadaires contre 27,8 heures pour les salariés en mode mandataire ou mixte, et 19,7 heures pour les salariés en emploi direct (MARQUIER, 2010). Autre exemple, pour les femmes de ménage, l'existence d'un organisme intermédiaire serait susceptible d'apporter des améliorations de leurs conditions de travail (CERC, 2007). Rappelons que dans le mode mandataire, le client est l'employeur de l'intervenant et que la relation salariale s'appuie sur la même convention collective que celle de l'emploi direct[33]. L'appartenance à une structure mandataire présente néanmoins l'avantage de permettre le recours à un tiers en cas de conflit mais aussi de compléter le volume horaire des salariés. Selon une enquête réalisée en 2008, 39 % de l'ensemble des salariés s'organisent pour travailler sous plusieurs modes (MARQUIER, 2010).

Encadré 6 : Le financement des interventions des TISF[34]

Les interventions des TISF sont financées sur des fonds publics qui relèvent principalement :

-De la CNAF et des CAF (Aide aux familles) : le financement CAF est attribué exclusivement si la difficulté est ponctuelle et est accordé dans le cadre de motifs précisément listés.

-Du Conseil Général (ASE & PMI) qui dispose de deux compétences spécifiques dans le cadre desquelles sont financées des missions de TISF : la compétence légale en matière de protection maternelle et infantile et de planification familiale et celle de l'aide sociale à l'enfance. Les interventions sont liées à une difficulté « non ponctuelle » et concernent les cas où sont présentes des difficultés éducatives, d'insertion, de prévention, au sens de la protection de l'enfance. En pratique, les durées d'interventions financées par les conseils généraux peuvent être identiques à celles de la CAF.

En 2009, les départements étaient les premiers financeurs d'heures d'interventions de TISF, contribuant à hauteur de 56% du total devant les CAF (41%). Sur la période 2001-2009, on compte une baisse de 42% du nombre d'heures TISF financées par les CAF. Sur la même période, on constate également une augmentation du coût horaire de l'heure TISF de 40% et une augmentation de l'écart entre le coût d'une heure AVS par rapport à TISF. En 2009, une heure TISF était 40% plus chère qu'une heure AVS. En 2008, 55000 TISF seraient employés dans des services d'aide à domicile.

Si pour répondre à la demande de services, l'offre a du se développer quantitativement mais aussi qualitativement (BRESSE, 2003), l'aide à domicile est aujourd'hui présentée comme un secteur en tension entre des besoins de main d'œuvre grandissant et un vivier d'emploi en pleine évaporation. Dans le cadre du rapport *Les métiers 2015*, Olivier Chardon et Marc-Antoine Estrade expliquent l'émergence de tensions par des transformations organisationnelles qui conduisent de nombreuses entreprises à réclamer des salariés

[33] Les organismes mandataires géraient en moyenne 18 % des salariés des particuliers employeurs en 2005 (CHOL, 2007).
[34] Cf. Les données citées sont tirées du rapport GESTE, 2011.

immédiatement opérationnels même pour des postes peu qualifiés de très courte durée. Ils attribuent ces problèmes aux « *difficultés à construire des espaces d'accueil et d'apprentissage pour les nouveaux arrivants* » (2007, p. 10). Ces tensions pourraient être renforcées, selon eux, par la faible attirance due aux caractéristiques de ces emplois à « *temps partiel court et peu rémunérateur, aux conditions de travail apparaissant comme difficiles et/ou aux emplois de courte durée ne permettant pas aux personnes d'anticiper leur trajectoire* » (*Ibid.*, p. 35). La forte demande de main d'œuvre risque alors de ne pas rencontrer de candidat « *puisque ce sont surtout les métiers de l'aide à domicile qui risquent d'être les plus difficiles à pourvoir, car les postes ouverts se trouveront en concurrence avec d'autres métiers plus attractifs, comme les métiers de la petite enfance, les assistantes maternelles, les postes d'agent d'entretien en établissement et éventuellement, les postes d'aides soignantes* » (*Ibid.*, p. 169). De plus, « *les secteurs de l'aide à domicile connaissent des comportements de fuite des salariés en place vers ces autres secteurs, particulièrement en milieu urbain* » (ANACT, 2002). Dans leur rapport, Olivier Chardon et Marc-Antoine Estrade concluaient que *« la professionnalisation de ces secteurs – renforcement de l'encadrement intermédiaire, diversification des activités, organisation de passerelles entre prise en charge au domicile et prise en charge en établissement, entre secteurs sanitaire et médico-social, entre public, associatif et privé commercial – est un enjeu majeur pour limiter les tensions »* (2007, p. 158).

La question se pose alors de savoir, depuis leur recommandation, comment la situation a évolué, notamment compte-tenu de la crise économique que connaît la France. A cet effet, nous proposons maintenant d'étudier les conditions d'emplois et de travail dans l'aide à domicile à partir de l'exploitation de l'enquête emploi en continu en 2012.

2 L'aide à domicile dans l'enquête emploi en continu en 2012

Encadré 7 : Méthodologie d'exploitation de l'enquête emploi en continu

Dans son rapport de juillet 2014, « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale », la Cour des comptes considère, en introduction du deuxième chapitre intitulé « Un impact sur l'emploi limité », que « *L'efficacité de la politique de développement des services à la personne s'apprécie tout d'abord au regard de l'objectif de la création d'emplois, y compris par régularisation du travail dissimulé* ». C'est dans cette perspective très particulière (« *il est particulièrement difficile d'établir la part des emplois créés qui peut être attribuée aux soutiens publics* ») et qui n'est pas la nôtre dans ce travail, que la Cour écarte l'utilisation de l'enquête « emploi »[35].

[35] Le rapport de la Cour des comptes écarte de la même façon, page 60, le recours aux DADS : « Quant à la compilation des déclarations annuelles de données sociales, dite "DADS grand format", elle ne permet de répertorier qu'imparfaitement les prestations assurées par les organismes de services à la personne [absence des autoentrepreneurs, difficulté à isoler le personnel intervenant à domicile et le personnel administratif] ». « Dans ses conditions », la mesure par la Cour de l'emploi dans les services à la personne « repose sur les déclarations administratives des particuliers employeurs et des organismes prestataires agréés et/ou autorisés. »

Notre champ est celui de l'aide à domicile et non de l'ensemble des services à la personne. Pour son cadrage statistique, nous nous appuyons sur l'enquête emploi en continu de 2012, la dernière année disponible. Le champ de l'aide à domicile est défini plus précisément par le code « 563b : aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales » de la nomenclature des Professions et catégories sociales dans la version utilisée actuellement par l'Insee (elle a été rénovée en 2003). Il s'agit dans l'enquête emploi de la variable « P : Profession actuelle » qui est renseignée pour les actifs occupés. C'est également le choix qu'a fait Christelle Avril dans son étude sociologique des aides à domicile (AVRIL, 2014). Et comme elle, nous écartons de notre champ d'étude les deux modalités voisines, « 563a : assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil » et « 563c : employés de maison et personnels de ménage chez les particuliers ».

On vérifie que les « aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales » travaillent bien « chez le particulier qui l'emploie » [variable SERDOM] dans 96 % des cas. La nomenclature d'activité de l'Insee utilisée pour classer les employeurs dans l'enquête emploi [variable NAFN] contient un code « aide à domicile » (code 8810A). 69 % des associations qui emploient des aides à domicile déclarent ainsi leur activité[36]. C'est le cas de 62 % des entreprises privées et de 15 % des employeurs publics[37].

Les conditions d'emploi des aides à domicile (des femmes à 97 %) seront comparées à celles des femmes en emploi dans les services directs aux personnes, des ouvrières et des employées non qualifiées, des ouvrières et des employées, des actives occupées et de l'ensemble des actifs occupés en 2012. Les sous-populations reprennent les définitions de l'Insee qui s'appuient sur la nomenclature des professions et des catégories sociales (PCS) codée dans l'enquête emploi. La rénovation de la nomenclature en 2003 a introduit la catégorie « aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales » (563b), qui est successivement plongée dans l'ensemble des femmes des services directs à la personne ('56')[38], dans la population des ouvrières et employées non qualifiées[39], des ouvrières et employées, de l'ensemble des

[36] 15 % des associations sont classées en « action sociale sans hébergement non classées ailleurs » (code 8899B) et 5 % ne sont classées par leur activité (code 9499Z, autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire).

[37] 41 % des employeurs publics, des collectivités locales pour l'essentiel (les CCAS sont généralement classés dans les collectivités locales), sont classés en « administration publique générale » (code 8411Z). Par ailleurs, les particuliers employeurs sont classés en « activités des ménages en tant qu'employeurs de personnels domestiques », code 9700Z, dans 97 % des cas.

[38] Serveurs, commis de restaurant, garçons (bar, brasserie, café ou restaurant) ; Aides de cuisine, apprentis de cuisine et employés polyvalents de la restauration ; Employés de l'hôtellerie : réception et hall ; Employés d'étage et employés polyvalents de l'hôtellerie ; Manucures, esthéticiens (salariés) ; Coiffeurs salariés ; Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil ; Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales ; Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers ; Concierges, gardiens d'immeubles ; Employés des services divers. Au total, 1,9 million d'actifs occupés dont 1,6 million de femmes en 2012.

[39] Comme l'indique l'Insee, « le terme 'non qualifié' ne signifie en aucun cas que le salarié en question ne dispose d'aucun diplôme ni d'aucune compétence pour exercer son emploi. Les employés et les ouvriers non qualifiés sont d'ailleurs de plus en plus rarement sans diplôme. En 2007, près des trois quarts d'entre eux ont au moins un diplôme (contre 55 % en 1982) et 21 % ont au moins le baccalauréat (contre 2 %)' ». L'enquête emploi de 2012 confirme la progression de la part des qualifiés dans les emplois non qualifiés.

femmes en emploi et enfin de l'ensemble de la population active occupée.

Il est en effet intéressant de distinguer parmi les caractéristiques des aides à domicile celles qui sont singulières à l'activité de celles qui sont partagées avec une catégorie plus large d'activité, voire avec l'ensemble des femmes en emploi au moment de l'enquête.

L'enquête emploi a renseigné (en 2012) la situation de 4 430 aides à domicile sur un total enquêté de 205 176 actifs occupés, un effectif qui autorise le croisement des grandes caractéristiques des personnes qui y travaillent et des employeurs qui les embauchent. La dimension régionale est seulement évoquée à travers la présence très importante, en Île de France, d'immigrées dans l'aide à domicile et plus largement dans l'ensemble des ouvrières et employées non qualifiées.

2.1 Conditions d'emploi des aides à domicile

2.1.1 *Les aides à domicile, des femmes en CDI à temps partiel*

Selon cette définition conventionnelle du champ [P='563b'], l'enquête emploi en continu de 2012 (EEC 2012) estime à 531 000 le nombre moyen de personnes employées [ACTOP='1'] dans l'aide à domicile en 2012 soit un peu plus de 2 % des actifs occupés. Les aides à domicile sont des femmes dans 97 % des cas (elles représentent 48 % des actifs occupés).

Leur niveau d'enseignement se concentre sur le niveau terminale CAP-BEP et lycée sans le niveau bac : 44 % pour 24 % des femmes actives occupées. Seules 5 % des aides à domicile ont un diplôme de niveau égal ou supérieur à bac+2 (39 % des actives occupées en moyenne).

Elles sont en CDI à 78 %, en CDD à 14 % et fonctionnaire à 6 %. Chez les employeurs publics (essentiellement les collectivités locales) qui regroupent 12 % des emplois d'aide à domicile en 2012, 43 % sont fonctionnaires.

Les particuliers emploient, directement ou via une structure mandataire, 32 % des aides à domicile ; leurs contrats sont en CDI dans plus de 90 % des cas. Les associations emploient quant à elles 31 % des aides à domicile (en CDI dans 85 % des cas) et les entreprises privées (lucratives) 21 %, en CDI dans 82 % des cas.

Même lorsque les aides à domicile ont un seul employeur (82 % des cas), seuls 32 % de leurs emplois sont à temps complet. Cette part moyenne varie de 65 % dans le public (un seul employeur dans 93 % des cas) à 21 % chez les particuliers (un seul employeur dans 71 % des cas). Les emplois des aides à domicile salariées des entreprises privées et des associations sont dans une position intermédiaire : 30 % (respectivement 27 %) à temps complet lorsqu'il s'agit de leur unique employeur, 91 % (respectivement 89 %) des cas.

2.1.2 *Les différences territoriales*

Cependant, en Île-de-France, les temps complets sont majoritaires dans l'aide à domicile, comme ils le sont également pour les femmes dans les services directs à la personne. Et dans toutes les sous-populations de comparaison, la part des temps complets dans l'Île-de-France

est toujours d'au moins 10 points de pourcentage supérieure au reste du territoire métropolitain. La restriction aux seules actives ayant un seul employeur dans les diverses populations comparées ne change ni le sens ni l'ampleur des écarts constatés entre l'Île de France et l'ensemble des autres régions.

Tableau 1 : Part des temps complets en Île de France / reste du territoire métropolitain (%)

(un seul employeur)	Île de France	Hors IdF	France métropolitaine
Aide à domicile	**52 (54)**	**27 (29)**	**29 (32)**
Femmes, services directs à la personne	60 (62)	45 (46)	48(49)
Femmes, ouvrières et employées non qualifiées	65 (67)	53 (55)	55 (57)
Femmes ouvrières et employées	73 (75)	62 (63)	63 (65)
Femmes en emploi	79 (80)	69 (69)	71 (71)

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 52 % des aides à domicile de la région Île de France déclarent avoir un à temps complet (et 54 % lorsqu'elles ont un seul employeur) contre 27 % (respectivement 29 %) hors Île de France.

La distribution régionale des parts respectives de temps complets et de temps partiels montre des variations importantes. L'Île-de-France est effectivement la région où les temps pleins sont les plus fréquents (54 %), suivie de la Haute-Normandie (47 %) et du Limousin (46 %). C'est en Franche-Comté (12 %), en Alsace (16 %) et en Auvergne (18 %) que les parts de temps plein sont les plus faibles. Ces variations considérables sont le reflet des différences dans la concentration des populations, la géographie et les caractéristiques socio-économiques des régions.

Les différences départementales dans l'organisation de l'offre dans l'aide à domicile seraient encore plus intéressantes à observer. Le Conseil général est en effet l'organisateur du financement et de la politique de l'aide à domicile et les modalités retenues influent certainement sur la part relative des différents types d'employeur. Mais on atteint les limites de l'exploitation de l'enquête emploi et l'estimation des distributions départementales d'employeurs est peu précise. A titre d'exercice, on peut contraster en Île de France les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis. A Paris et dans les Hauts-de-Seine, les particuliers employeurs sont plus fréquents mais le département des Hauts de Seine se distingue par la faiblesse de la part des entreprises privées … Dans les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais, la part des particuliers employeurs est plus faible, au profit des employeurs publics et associatifs. Dans le département de Meurthe-et-Moselle, la place de l'associatif est majoritaire et prend toute la part de l'employeur public. En revanche, la distribution des types d'employeurs est proche de la moyenne nationale dans le département de l'Hérault.

Tableau 2 : Distributions départementales des employeurs de l'aide à domicile (%)

Départements	Public	Particulier	Entreprise privée	association
Paris	**4**	**49**	27	15
Hauts-de-Seine	12	**62**	3	17
Seine-Saint-Denis	17	30	25	22
Nord	**23**	26	20	**31**
Pas-de-Calais	**22**	19	23	**36**
Meurthe-et-Moselle	-	28	15	**57**
Hérault	13	33	26	28
France métropolitaine	14	32	21	31

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 4 % des aides à domicile de Paris déclarent avoir un employeur public et 49 % un particulier.

2.1.3 *Les contraintes du temps complet pour les salariés*

Les aides familiales à temps complet travaillent habituellement le samedi et le dimanche dans 48 % des cas (contre 22 % des temps partiels). S'ajoutent 13 % qui travaillent occasionnellement le samedi et le dimanche (11 % des temps partiels). Symétriquement, 24 % des temps complets ne travaillent jamais ni le samedi ni le dimanche, contre 46 % des temps partiels. S'ajoutent les 10 % de temps complets qui travaillent le samedi mais pas le dimanche (contre 16 % des temps partiels).

Les employeurs publics, les plus nombreux à employer à temps complet, sont également ceux qui font le plus souvent (72 % des cas) travailler habituellement le samedi et le dimanche (jamais à 9 %) les aides à domicile, à l'inverse des particuliers chez qui les temps complets ne sont que 29 % à travailler le samedi et le dimanche et 36 % jamais. Les entreprises privées lucratives et les associations sont en position intermédiaire. A un niveau moindre, la même hiérarchie de contrainte se retrouve chez les temps partiels.

En revanche, le travail le soir de 20h à minuit est plutôt moins fréquent pour les femmes dans l'aide à domicile : jamais pour 78 % des emplois contre 71 % pour l'ensemble des actives occupées. Le travail occasionnel le soir est sensiblement moins fréquent (8 % contre 14 %) et le travail habituel le soir au même niveau (15 %). Il s'agit en fait d'un effet de structure de répartition entre temps complet et temps partiel. Comme pour le travail du week-end, dans l'aide à domicile, les temps complets travaillent plus habituellement le soir (33 % des femmes par rapport à 17 % pour l'ensemble des actives occupées). En revanche, les temps partiels travaillent moins souvent le soir que la moyenne des actives occupées à temps partiel.

Tableau 3 : Le travail du samedi et du dimanche (%)

Temps de travail et type d'employeur	Jamais **le samedi et le dimanche**	Jamais **le dimanche**	Occasionnellement **le samedi et le dimanche**	Habituellement **le samedi et le dimanche**	**autre**
Tps complet	**24**	**10**	**13**	**48**	**5**
-public	9	5	9	72	5
-particulier	36	19	9	29	7
-entreprise privée	30	7	13	44	6
-association	25	11	16	41	7
Tps partiels	**46**	**16**	**11**	**22**	**5**
-public	31	16	16	29	8
-particulier	63	15	5	14	3
-entreprise privée	45	17	9	25	4
-association	32	15	18	27	8
Ensemble	**40**	**14**	**11**	**29**	**6**

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 24 % des aides à domicile à temps complet déclarent ne jamais travailler le samedi et le dimanche et 10 % jamais le dimanche.

Tableau 4 : Le travail le soir (20h à minuit) des femmes (%)

Temps de travail et type d'employeur	**Habituellement**	**Occasionnellement**	**Jamais**
Temps complet			
Aide à domicile	33	8	59
Ensemble	17	15	68
Temps partiel			
Aide à domicile	7	7	86
Ensemble	12	11	77

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 33 % des aides à domicile à temps complet déclarent travailler habituellement le soir, contre 7 % des aides à domicile à temps partiel.

2.1.4 *Le temps partiel*

Le temps partiel est très développé dans l'aide à domicile, que les salariées aient ou non

plusieurs employeurs. Sa part est de 70 % dans l'aide à domicile (71 % pour les femmes) contre 17 % parmi les actifs occupés (29 % pour les femmes).

Quelle est la part du sous-emploi et celle de contraintes personnelles et familiales dans une activité où les horaires sont plus contraints (travail le samedi et le dimanche) ? En comparaison avec l'ensemble des actives occupées à temps partiel, la raison principale du temps partiel des femmes aides à domicile est plus souvent le fait de ne pas avoir trouvé de temps plein (42 % par rapport à 30 %) et moins souvent des raisons familiales (s'occuper d'enfants ou d'un autre membre de sa famille) : 21 % contre 34 %. Le fait d'exercer une autre activité (emploi, étude, formation) est à 5 %, en dessous de la moyenne des actives occupées (8 %). Les comparaisons entre catégories d'activité sont restreintes aux femmes ayant un seul employeur parce que les employeurs multiples, particulièrement fréquents dans l'aide à domicile, modifient les conditions et les conséquences du temps partiel. Les réponses des femmes aides à domicile sont comparables avec celles de l'ensemble des ouvrières et employées non qualifiées.

Tableau 5 : Raison principale du travail à temps partiel, un seul employeur (%)

Raison principale du travail à temps partiel	Femmes Aides à domicile	Ouvrières et employées non qualifiées	Actives occupées
N'a pas trouvé d'emploi à temps plein	**42**	46	30
Pour s'occuper de ses enfants ou d'un autre membre de sa famille	23	20	**34**
Pour du temps libre ou travaux domestique	15	13	14
Pour exercer une autre activité professionnelle, des études ou une formation	4	7	8
Pour des raisons de santé	6	6	6
Autre raison	10	8	8

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 42 % des aides à domicile déclarent travailler à temps partiel parce qu'elles n'ont pas trouvé d'emploi à temps plein, à comparer aux 30 % de l'ensemble des femmes actives en emploi à temps partiel.

La difficulté de trouver un emploi à temps plein dans l'aide à domicile marque les réponses sur le souhait de travailler plus. Dans l'aide à domicile, les femmes à temps partiel souhaitent plus souvent travailler plus (36 % contre 25 %). L'écart s'explique également par des temps partiels plus courts et des revenus plus faibles dans l'aide à domicile. C'est particulièrement vrai lorsque leur employeur est une collectivité locale ou une entreprise privée lucrative. Lorsqu'elles travaillent pour un particulier ou une association, leur souhait de travailler plus est important mais l'écart entre l'aide à domicile et les autres activités est moins fort. Lorsqu'elles sont à temps complet, les femmes aides à domicile souhaitent moins souvent

travailler plus que les autres actives occupées, sauf lorsqu'elles travaillent pour un particulier : peuvent-elles trouver plus facilement un temps partiel court pour compléter leurs revenus ?

Tableau 6 : Souhaite travailler plus, un seul employeur (%)

Souhaite travailler plus	Public	Particulier	Entreprise privée	association	ensemble
Temps complet					
-aide à domicile	3	**14**	7	11	8
-actives occupées	8	9	12	11	10
Temps partiel					
-aide à domicile	38	39	35	34	36
-actives occupées	20	37	25	30	25

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 3 % des aides à domicile travaillant à temps complet pour un unique employeur public déclarent souhaiter travailler plus, contre 38 % de celles qui travaillent à temps partiel.

2.1.5 *Situation professionnelle antérieure*

Ce qui distingue la situation professionnelle antérieure des aides à domicile, c'est la part importante de l'inactivité (20 % à comparer aux 16 % des ouvrières et employées non qualifiées et aux 8 % de l'ensemble des femmes actives en emploi au moment de l'enquête) et la faiblesse de la situation de fin d'étude et de formation professionnelle (7 % à comparer aux 12 % des ouvrières et employées non qualifiées et aux 25 % de l'ensemble des femmes en emploi au moment de l'enquête). La situation antérieure de chômage et de salarié (la plus fréquente dans toutes les configurations) différencie moins les sous-populations de femmes actives occupées au moment de l'enquête.

Tableau 7 : Situation professionnelle antérieure à l'emploi actuellement occupé (%)

Situation avant l'emploi actuel	Fin de formation	Chômage	Inactivité	Salarié
Aide à domicile	**7**	**25**	**20**	38
Femmes, services directs à la personne	11	20	19	40
Ouvrières et employées non qualifiées	12	23	16	37
Femmes ouvrières et employées	18	22	11	39
Femmes en emploi	25	18	8	39
Ensemble des actifs occupés	22	17	6	44

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 7 % des aides à domicile déclarent être entrées dans leur emploi actuel à la fin de leur formation.

2.1.6 *Mode d'entrée dans l'entreprise actuelle*

La candidature spontanée est le mode d'entrée dans un tiers des emplois en général ; il est encore plus fréquent dans l'aide à domicile (45 %). Candidature spontanée et recommandation d'un proche représentent les deux tiers des entrées dans l'aide à domicile (53 % en moyenne). L'accès à l'emploi par concours, 8 % des embauches en moyenne, est pratiquement absent dans l'aide à domicile et dans les emplois non qualifiés d'ouvrières et d'employées. A l'inverse, l'intervention de Pôle emploi est plus souvent citée pour les entrées dans les emplois d'ouvrières et d'employées, y compris ceux de l'aide à domicile, mais à un niveau très faible qui sous-estime certainement son rôle.

Tableau 8 : Mode d'entrée dans l'entreprise (%)

Mode d'entrée dans l'entreprise	NR	Candi-dature directe	Proches	Petites annon-ces	Pôle emploi	Con-cours
Aide à domicile	22	**45**	19	2	6	-
Femmes, services directs à la personne	33	33	20	3	4	-
Ouvrières et employées non qualifiées	22	38	22	3	7	1
Ouvrières et employées	15	40	21	4	7	4
Femmes en emploi	18	36	17	5	5	9
Ensemble des actifs occupés	20	34	18	5	4	8

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 45 % des aides à domicile déclarent être entrées dans l'entreprise par candidature spontanée.

2.1.7 *Le faible niveau de salaire des aides à domicile en 2012*

Les rémunérations des aides à domicile sont un peu plus faibles que celles de l'ensemble des ouvrières et des employées non qualifiées. L'écart avec les rémunérations moyennes de l'ensemble des femmes actives est particulièrement fort. En comparant les salaires mensuels à temps complet[40], 51 % des aides à domicile gagnent moins de 1 250 euros à comparer aux 21 % de l'ensemble des actives occupées (et aux 16 % des actifs occupés). Moins d'un quart des aides à domicile gagnent plus de 1 500 euros par mois, contre 60 % de l'ensemble des actives et les deux-tiers des actifs.

[40] Les données sont déclaratives et redressées et les niveaux moyens de rémunérations estimés par l'enquête emploi sont certainement problématiques. Il nous semble cependant que les écarts de rémunération entre sous-populations peuvent être interprétés.

Tableau 9 : Salaires mensuels de l'emploi principal, temps complet (%)

PCS/ un seul employeur	Moins de 1 250 euros	De 1250 à 1 500 euros	Plus de 1 500 euros
Aide à domicile	51/51	25/24	24/25
Femmes, services directs à la personne	57/47	23/32	20/21
Ouvrières et employées non qualifiées	48/47	31/32	21/21
Ouvrières et employées	34/32	31/32	35/36
Actives occupées	21/18	21/21	58/61
Ensemble des actifs occupés	16/15	18/18	66/67

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 51 % des aides à domicile à temps plein déclarent gagner moins de 1 250 euros (51 % également lorsqu'elles ont un seul employeur).

Tableau 10 : Salaires mensuels de l'emploi principal, temps partiel (%)

PCS / un seul employeur	Moins de 500 euros	De 500 à 1 000 euros	Plus de 1 000 euros
Aide à domicile	31/30	52/51	17/19
Femmes, services directs à la personne	35/27	48/52	17/21
Ouvrières et employées non qualifiées	29/27	50/52	21/21
Ouvrières et employées	21/19	46/47	33/34
Actives occupées	17/15	37/38	46/47
Ensemble des actifs occupés	18/16	40/40	42/44

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 31 % des aides à domicile à temps partiel déclarent gagner moins de 500 euros (30 % lorsqu'elles ont un seul employeur).

Il est important de prendre en compte de façon spécifique les temps partiels particulièrement fréquents dans l'aide à domicile. Comme les salaires déclarés peuvent correspondre soit à l'ensemble des emplois soit à l'emploi principal (ou unique), il est prudent de plutôt commenter les écarts entre les situations d'emploi unique à temps partiel. On constate immédiatement que plus de 80 % des aides à domicile à temps partiel gagnent moins de 1 000 euros, comme les ouvrières et employées non qualifiées. Les temps partiels à faible rémunération (et de faible durée) sont particulièrement fréquents parmi les aides à domicile, à un niveau comparable aux ouvrières et employées non qualifiées. Alors qu'une petite moitié (47 %) des femmes actives à temps partiel gagne plus de 1 000 euros, ce n'est le cas que de 19 % des aides à domicile (et de 21 % des non qualifiées).

Les enquêtés de 2012 sont également interrogés sur les allocations qu'ils perçoivent, et en particulier sur le RSA. Les aides à domicile à temps partiel sont deux fois plus nombreuses à

être allocataires du RSA que l'ensemble des actives occupées à temps partiel, ce qui s'explique à la fois par la plus faible durée de travail des temps partiels et par le plus faible niveau de rémunération.

Tableau 11 : Part des allocataires du RSA (%)

Part des allocataires du RSA	Temps complet	Temps partiel	ensemble
Aide à domicile	1	8	6
Femmes, services directs à la personne	1	7	4
Ouvrières et employées non qualifiées	1	7	4
Ouvrières et employées	1	5	2
Actives occupées	-	4	2
Ensemble des actifs occupés	-	4	1

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 6 % des aides à domicile se déclarent allocataires du RSA, 1% lorsqu'elles travaillent à temps complet, 8 % lorsqu'elles travaillent à temps partiel.

2.2 Socio-démographie des salariés

2.2.1 *L'âge*

46 % des aides à domicile ont 50 ans et plus, une part très importante comparée aux femmes des services directs à la personne (+8 points de pourcentage), chez les ouvrières et employées non qualifiées (+11 points), chez les ouvrières et employées (+15 points), chez l'ensemble des femmes en emploi (+16 points) et de l'ensemble des actifs occupés (+17 points). Les aides à domicile employées par un particulier ou par les collectivités locales sont particulièrement âgées : la part des 50 ans et plus est respectivement de 55 et 50 %.

Tableau 12 : Part des 50 ans et plus / part des moins de 30 ans (%)

50 ans et plus / moins de 30 ans	Non salariés	Public	Particulier	Lucratif	Association	Ensemble
Aide à domicile	**25/ 3**	**50/ 4**	**55/ 5**	**40/15**	**42/ 9**	**46/ 9**
Femmes, services directs à la personne	23/ 6	45/ 8	47/ 6	24/36	40/14	38/17
Femmes, ouvrières et employées non qualifiées	26/ 5	40/12	47/ 7	27/28	37/15	35/18
Femmes ouvrières et employées	30/ 6	35/14	46/ 7	26/25	32/17	31/19
Femmes en emploi	39/ 7	32/15	46/ 7	24/23	30/17	30/18
Ensemble des actifs occupés	41/ 6	32/14	44/ 7	24/25	30/17	29/19

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 50 % des aides à domicile ayant un employeur public déclarent avoir 50 ans et plus, et les moins de 30 ans n'y représentent que 4 %.

En revanche, pas de différence en termes de cohabitation moyenne des aides à domicile : elles sont en couple dans 69 % des cas, comme dans l'ensemble de la population active. Que fait leur conjoint ? La moitié est ouvrier (40 %) ou employé (10 %) et le quart est sans activité (à la retraire pour l'essentiel). Par le type d'activité de leur conjoint, elles sont très proches des ouvrières et employées non qualifiées. En revanche, la fréquence des conjoints « Cadres et professions intellectuelles supérieures » est très faible (cinq fois moins que l'ensemble des femmes actives occupées, 4 % à comparer à 20 %) alors que celle des Professions intermédiaires n'est qu'un peu plus faible (16 % à comparer à 22 %).

Tableau 13 : Profession des conjoints (%)

Profession des conjoints	Agricul artisan comm. chef entrepr	Cadre	Prof intermé diaire	Em-ployé	Ouvrier	Sans activité (retraité)
Aide à domicile	**7**	**4**	**16**	**10**	**40**	**23 (18)**
Femmes, services directs à la personne	9	6	16	11	39	19 (15)
Femmes, ouvrières et employées non qualifiées	8	5	16	11	42	17 (13)
Femmes ouvrières et employées	10	9	20	12	36	13 (10)
Femmes en emploi	12	20	22	10	25	11 (8)

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 40 % des aides à domicile en couple déclarent avoir un conjoint ouvrier.

2.2.2 *Le faible niveau de formation des aides à domicile*

En relation avec leur âge, le niveau de formation des aides à domicile est très sensiblement inférieur à celui de l'ensemble des sous-populations de comparaison, même lorsqu'il s'agit des femmes travaillant dans les services directs à la personne ou des femmes ouvrières et employées non qualifiées. 23 % des aides à domicile ont les niveaux bac et plus, 7 points de moins que les femmes travaillant dans les services directs à la personne, 8 points de moins que les femmes ouvrières et employées non qualifiées, et 21 points de moins que dans les femmes ouvrières et employées.

Tableau 14 : Bas niveau / niveau terminale CAP BEP et lycée (%)

En dessous du niveau terminale / au niveau terminale	Non salariés	Public	Particu-lier	Lucratif	Associa-tion	Ensem-ble
Aide à domicile	**26/21**	**27/46**	**38/41**	**34/43**	**31/48**	**33/44**
Femmes, services directs à la personne	16/36	28/46	37/38	24/35	31/48	31/39
Femmes, ouvrières et employées non qualifiées	17/35	29/46	37/38	28/35	35/45	31/38
Femmes ouvrières et employées	19/31	16/42	36/38	18/32	22/40	20/36
Femmes en emploi	10/21	8 /22	35/37	12/24	13/26	12/24
Ensemble des actifs occupés	11/29	8 /23	35/37	13/30	14/24	12/28

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 33 % des aides à domicile déclarent un niveau de formation inférieur au niveau terminale CAP et BEP ou lycée, et 44 % ont atteint ce niveau de formation.

Les écarts sont encore plus considérables au sein des employeurs publics, les collectivités locales pour l'essentiel (les personnels des CCAS et des CICAC, établissements publics administratifs locaux, sont classés dans l'enquête emploi parmi les personnels des collectivités locales). Le niveau de formation particulièrement élevé en moyenne dans le « secteur » public (69 % ont au moins le niveau bac) contraste particulièrement avec celui des aides à domicile du même secteur, 27 %.

2.2.3 *Femmes immigrées ou descendantes d'immigrées*

Un travail récent de la sociologue Christelle Avril, salué par Olivier Schwartz (dans sa postface « Richesse d'un livre » à la publication déjà citée) et par Christian Baudelot (2014) dans « Les deux corps des aides à domicile », une recension de l'ouvrage publiée le 9 juillet 2014 par La vie des idées), met l'accent sur la présence des femmes immigrées parmi les aides à domicile et sur leur conception particulière du métier en termes de rapport à l'intime par rapport à leurs collègues « déclassées » d'emplois d'ouvrières et d'employées. L'enquête emploi pose la double question : êtes-vous immigré ? Etes-vous descendant d'immigré ?

Cette enquête montre que la part des aides à domicile immigrées est sensiblement supérieure à l'ensemble des actifs occupés en 2012, 14 % par rapport à 9 %. Elle montre également que cette part plus importante se retrouve dans l'ensemble des ouvrières et des employées non qualifiées (15 %). En revanche, la part des descendants d'immigrés est très également répartie dans l'ensemble des sous-populations d'actives occupées.

Tableau 15 : Part des immigré(e)s et des descendant(e)s d'immigrés (%)

France métropolitaine / Île de France	Immigré(e)s	Descendant(e)s d'immigrés
Aide à domicile	**14/46**	**8/9**
Femmes, services directs à la personne	17/54	8/9
Femmes, ouvrières et employées non qualifiées	15/48	9/10
Femmes ouvrières et employées	11/32	9/13
Femmes en emploi	9/20	9/13
Ensemble des actifs occupés	9/21	9/12

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 14 % des aides à domicile déclarent être immigrées en France métropolitaine, 46 % en Île de France.

On retrouve en Île de France ces mêmes caractéristiques, à un niveau plus élevé. Selon les données de l'enquête emploi de 2012, 46 % des aides à domicile y seraient immigrées, comme dans l'ensemble des services à la personne (54 %) et chez les ouvrières et les employées non qualifiées (48 %).

La structure des employeurs de l'aide à domicile est sensiblement différente en Île de France : plus souvent des particuliers (et du privé lucratif) et moins souvent des associations

Tableau 16 : Répartition des employeurs dans l'aide à domicile (%)

Régions	Pas salarié	Public	Particulier	Privé lucratif	Privé associatif
Île de France	3	11	**38**	**25**	23
Hors IdF	2	13	31	20	**33**
France	2	13	32	21	32

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 38 % des aides à domicile déclarent être salariées d'un particulier en Île de France, contre 31 % en dehors de l'Île de France.

2.2.4 *Le souhait de trouver un autre emploi*

L'enquête emploi interroge les personnes en emploi sur leur souhait de trouver un autre emploi sans distinguer s'il s'agit de remplacer l'emploi actuel ou de s'y ajouter. C'est pourquoi il est essentiel de distinguer les réponses selon que les personnes travaillent à temps complet ou à temps partiel, particulièrement développé dans l'aide à domicile. L'enquête prolonge l'interrogation sur l'existence de démarches effectives de recherche d'emploi dans les quatre dernières semaines et sa raison principale.

Rappelons que la part des CCD[41] est dans l'aide à domicile au même niveau (14 %) que pour l'ensemble des femmes actives occupées (13 %) alors qu'elle est plus élevée (19 %) pour les ouvrières et les employées non qualifiées (19 %). Il est également remarquable que la part de CDD est sensiblement et systématiquement plus faible en Île de France et particulièrement pour les femmes occupant des emplois non qualifiés (6 points de pourcentage de moins).

Tableau 17 : Part de CDD (%)

Part des CDD	ensemble	Île de France	Hors Île de France
Aide à domicile	14	8	14
Femmes, services directs à la personne	15	10	16
Ouvrières et employées non qualifiées	19	14	20
Ouvrières et employées	17	14	17
Actives occupées	13	11	14

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 14 % des aides à domicile sont en CDD en France métropolitaine, 8 % en Île de France.

En termes de souhait d'un autre emploi, les aides à domicile employées à temps complet ne se distingue pas sensiblement : il est à un faible niveau, plutôt inférieur à celui de l'ensemble des ouvrières et des employées non qualifiées ; il correspond au niveau moyen de l'ensemble des actives et des actifs, de l'ordre de 6 % (respectivement 3 %). En ce qui concerne les temps partiels, les niveaux moyens de souhait d'un autre emploi et de recherche effective d'un autre emploi sont plus élevés, de l'ordre de 13 - 14 % (respectivement de 8 - 9 %).

Tableau 18 : Souhait d'un autre emploi et recherche effective (%)

Souhait d'un autre emploi et recherche	Temps complet		Temps partiel	
	souhait	recherche	souhait	recherche
Aide à domicile	5	2	17	10
Femmes, services directs à la personne	6	3	18	11
Ouvrières et employées non qualifiées	8	4	17	10
Ouvrières et employées	7	3	15	9
Actives occupées	6	3	13	8
Ensemble des actifs occupés	6	3	14	9

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 17 % des aides à domicile à temps partiel déclarent souhaiter un autre emploi et 10 % déclarent en recherche effectivement un autre.

[41] La recherche d'un CDI est un motif de souhaiter et de rechercher un autre emploi.

Les niveaux de recherche effective d'un autre emploi sont proches et à un faible niveau. Les raisons principales de la recherche effective d'un autre emploi sont également identiques. Elles se partagent entre la recherche d'un emploi mieux rémunéré (47 % des déclarations des aides à domicile, à comparer aux 39 % pour l'ensemble des personnes occupées qui recherchent un autre emploi) et d'un emploi plus intéressant (18 % par rapport à 21 %). Le risque de perdre son emploi est en revanche moins souvent indiqué par les aides à domicile (9 % par rapport à 13 %).

Tableau 19 : Inscription comme demandeur d'emploi (%)

Part des inscrits à Pôle emploi	Temps complet	Temps partiel
Aide à domicile	5	**17**
Femmes, services directs à la personne	6	17
Ouvrières et employées non qualifiées	7	16
Ouvrières et employées	5	13
Actives occupées	3	11
Ensemble des actifs occupés	3	12

Source : EEC 2012. Lire ainsi : 17 % des aides à domicile à temps partiel déclarent être inscrites à Pôle emploi.

L'inscription à Pôle emploi, un autre signe de recherche effective d'emploi, est sans surprise plus élevé lorsque l'emploi est à temps partiel. La part des aides à domicile à temps partiel inscrites au chômage tout en étant actives occupées (17 %) n'est pas différente de celle de l'ensemble des ouvrières et des employées non qualifiées (16 %). Elle est sensiblement plus importante que celle de l'ensemble des ouvrières et employées (13 %) et des femmes actives occupées (11 %). Les écarts sont néanmoins faibles, alors que le temps partiel est plus souvent subi chez les aides à domicile.

2.2.5 *L'importance du turnover*

Le souhait de changer d'emploi se matérialise-t-il par un changement effectif d'emploi ? L'enquête emploi renseigne sur le fait que la situation professionnelle soit identique d'une enquête (d'un trimestre) à l'autre. Il n'y a aucune différence sensible pour les aides à l'emploi ; les changements (renseignés dans l'enquête) représentent 1 % des cas. La comparaison avec la situation professionnelle un an avant l'enquête[42] montre cependant des entrées et des sorties de l'activité un peu plus nombreuses : 94 % des aides à domicile exerçaient la même activité et 88 % des aides à domicile au moment de l'enquête ou un an auparavant l'étaient aux deux dates. Pour les femmes des services directs aux personnes, les résultats sont respectivement de 95 % et de 89 % ; de 97 % et 92 % pour les ouvrières et employées non qualifiées et de 98 % et 95 % pour l'ensemble des ouvrières et employées.

[42] Information recueillie uniquement lors de la première des 6 interrogations de l'enquête emploi [RGA='1'].

L'ancienneté des aides à domicile dans l'entreprise est faible : un quart[43] d'entre elles ont une ancienneté inférieure à 22 mois, au même niveau que l'ensemble des ouvrières et employées non qualifiées, et sensiblement moins que les ouvrières et employées (27 mois) et que les femmes actives occupées (33 mois).

Tableau 20 : Ancienneté (premier quartile) dans l'entreprise (en mois)

Ancienneté en mois	Premier quartile
Aide à domicile	22
Femmes, services directs à la personne	20
Ouvrières et employées non qualifiées	22
Ouvrières et employées	27
Actives occupées	33
Ensemble des actifs occupés	34

Source : EEC 2012. Lire ainsi : un quart des aides à domicile déclarent une ancienneté dans leur entreprise inférieure à 22 mois.

2.3 Comparaison avec les résultats de l'enquête emploi de 2005

Les caractéristiques de l'aide à domicile enregistrées par l'Enquête emploi de 2012 sont identiques à celles de 2011. Il semble plus éclairant de les comparer avec les résultats de l'EEC de 2005, avant la mise en œuvre effective de l'ouverture de l'activité aux entreprises privées lucratives autorisée et encouragée par les « réformes Borloo ». Sur le point essentiel des résultats de l'élargissement des structures intéressées par l'aide à domicile, l'utilisation de l'enquête emploi est particulièrement difficile du fait d'incertitudes sur le codage, en 2005, de la catégorie juridique de l'employeur. Son codage en 2012 nous semble cohérent avec les autres informations disponibles dans l'enquête emploi. En revanche, celui de 2005 pose manifestement problème. Aussi, nous avons été conduit, afin de comparer 2005 et 2012, à reconstruire une variable en croisant les informations disponibles dans l'enquête emploi. Ce travail de redressement donne à voir un impact sensible quoique d'ampleur limitée de la réforme de 2005 sur la structure des d'employeurs de l'aide à domicile. Le privé lucratif gagne 6 points de pourcentage qu'il prend aux particuliers employeurs directs (4 points en moins) et au privé associatif (3 points en moins). La part des employeurs publics, collectivités locales pour l'essentiel, est pratiquement stable (1 point en plus).

[43] La médiane et le troisième quartile, très élevés, ne sont pas calculables directement à partir de l'enquête emploi qui n'enregistre pas précisément les durées élevées.

Tableau 21 : Les employeurs de l'aide à domicile (%)

Les types d'employeur	privé			Public
	particulier	lucratif	associatif	
2012	32	20	27	21
2005	36	14	30	20

Sources : EEC 2012 et 2005. Lire ainsi : en 2012, 32 % des aides à domicile sont employées par un particulier ; elles étaient 36 % en 2005.

L'ampleur limitée de l'évolution des employeurs contraste avec la forte progression dans la même période des effectifs employés dans l'aide à domicile enregistrée par l'enquête emploi de 2012. L'augmentation est de 26 % par rapport à l'enquête emploi de 2005 ; les effectifs du secteur passent de 421 000 en 2005 à 531 000 en 2012. Au même moment, la population active féminine en emploi augmente de 6 %. La forte augmentation du nombre d'aide à domicile est à mettre en relation avec la diminution (légère) du nombre des ouvrières et employées non qualifiées (- 1 %) et du nombre des ouvrières et employées (-2 %).

La part des temps partiels n'évolue pas dans l'aide à domicile entre 2005 et 2012 et reste à un niveau, 70 %, beaucoup plus élevé que celle des activités proches : elle est de 52 % pour les femmes des services directs aux personnes, de 43-45 % pour les ouvrières et employées non qualifiées, de 36 % pour les ouvrières et employées. La moyenne pour les femmes actives occupées au moment de l'enquête est de 29-30 %. Le taux très exceptionnel de temps complets dans l'aide à domicile en Île de France, observé en 2012, est déjà présent en 2005, à un niveau comparable (49 % en 2005, 54 % en 2012). L'écart avec la moyenne métropolitaine est également du même ordre : + 18 points de pourcentage en 2005, + 22 points en 2012.

La part des emplois en CDD dans l'aide à domicile augmente de 2005 à 2012, de 11 à 14 %. Cette augmentation, même faible, contraste avec la stagnation de la part des CDD dans les autres sous-populations de référence.

Tableau 22 : Part des CDD de 2005 à 2012 (%)

Part des CDD	2005	2012
Aide à domicile	11	14
Femmes, services directs à la personne	15	15
Ouvrières et employées non qualifiées	19	19
Ouvrières et employées	16	17
Actives occupées	13	13

Sources : EEC 2012 et 2005. Lire ainsi : 14 % des aides à domicile se déclarent en CDD en 2012 ; elles étaient 11 % en 2012.

Partie 2 : Financements et structures de l'ESS dans l'aide à domicile : enseignements de l'enquête qualitative

INTRODUCTION

La première partie de ce rapport a été consacrée à une présentation générale du secteur, en mettant en évidence à la fois la façon dont il s'est structuré et en exposant les conditions d'emplois et de travail dans l'aide à domicile. Cette seconde partie porte plus spécifiquement sur les associations du secteur, et leurs difficultés, en lien avec les problématiques de financement. Elle s'appuie sur une enquête qualitative auprès d'associations et de financeurs dans deux territoires en France (cf. méthodologie dans l'introduction générale).

Le chapitre 3 présente les problèmes actuels de financement du secteur et les dysfonctionnements dans les modalités de financement rencontrés par les associations.

Le chapitre 4 revient sur les stratégies mises en œuvre au sein des structures pour tenter d'augmenter leurs ressources (notamment en négociant avec les pouvoirs publics mais aussi en diversifiant leurs activités) et les difficultés que ces démarches peuvent générer.

Le chapitre 5 analyse les formes de rationalisation des coûts salariaux dans les associations, sous l'injonction directe ou non des pouvoirs publics, et leurs effets sur les conditions d'emploi et de travail des aides à domicile.

Le chapitre 6 enfin renvient sur la façon dont les représentantes syndicales se mobilisent sur le terrain pour tenter d'améliorer leurs conditions d'emploi et de travail.

CHAPITRE 3 : Le problème du financement et l'emploi dans l'aide à domicile

1 Difficultés de financement du secteur et fragilisation des associations

L'enquête de terrain révèle que les associations du secteur de l'aide à domicile sont largement dépendantes des financements publics dès lors que leur activité concerne essentiellement l'aide aux personnes dépendantes, en situation de handicaps ou l'aide aux familles via l'aide sociale à l'enfance. Cette situation n'est pas spécifique aux territoires étudiés. En effet, comme le soulignent Julien Maisonnasse, Katia Melnik, Francesca Petrella et Nicole Richez-Battesti (2010), dans une étude sur les organismes agréés de services à la personne (OASP) intervenant dans ce champ, « *dans ces cas, les pouvoirs publics interviennent en octroyant une aide, comme l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), versée par les Conseil généraux à la personne âgée dépendante lui permettant de bénéficier de services. Le montant de ce type d'aide à la personne est défini par les pouvoirs publics qui en ont la charge et non par le montant de la prestation tel que pourrait le définir l'OASP. L'OASP doit ainsi définir sa politique tarifaire en fonction des aides octroyées par les pouvoirs publics et non par rapport aux coûts réels du service* ». Les pouvoirs publics encadrent et financent - pour partie - les services fournis par des prestataires mis en concurrence par des mécanismes de soutien de l'aide, ou encore par l'octroi de subventions.

Or, on assiste depuis le début des années 2000 à une dégradation du financement de la prise en charge des personnes en situation de dépendance (cf. annexe), source de déstabilisation du secteur notamment associatif. Les bases de données ne sont pas assez stables ou suffisamment exhaustives pour donner une idée précise du nombre d'associations en difficulté. Néanmoins, « *la fédération UNA estimait dès fin 2009 que 300 à 400 [associations d'aide à domicile] sont en situation de grande fragilité économique, plusieurs ayant déjà déposé le bilan* » (GALLOIS, 2013, p.83). Depuis 2009, les opérateurs historiques du secteur connaissent une crise de financement qui remet en cause les fondements de l'aide à domicile. Une circulaire interministérielle du 26 février 2013[44] signalait ainsi : « *Les services d'aide à domicile constituent un secteur essentiel de la prise en charge des publics fragiles et un levier incontournable des politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce sont des opérateurs*

[44] Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DSS/CNSA/DB no 2013-70 du 26 février 2013 relative aux modalités d'attribution de l'aide complémentaire exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile autorisés et agréés.

indispensables des parcours de santé des usagers. Or, ce maillon de la prise en charge des publics fragiles subit aujourd'hui une grave crise financière ».

C'est pour lutter contre cette situation que divers fonds ont été mis en place, notamment le fond de restructuration des services d'aide à domicile, institué par l'article 150 de la loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012. Pour autant, et comme le précisait la circulaire interministérielle du 26 février 2013[45], « *l'aide exceptionnelle de 50 M€ versée en deux tranches de 25 M € en 2012 et 2013, ne devrait pas suffire à apporter une réponse à la hauteur des difficultés de l'aide à domicile. Cette aide exceptionnelle, dont la seconde tranche reste encore à verser en 2013, est complétée d'une nouvelle aide (art. 70 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013), à hauteur de 50 M€, soit 50 M€ au global pour l'année 2013 et 25 M€ pour 2014* ». Ainsi, en 2012, l'aide a permis d'accompagner 601 services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre de l'aide exceptionnelle de l'article 150 de la loi de finances pour 2012, soit en moyenne 83 200 € d'aide par service. La circulaire précisait également : « *Le bilan transmis par vos services en septembre a montré, d'une part, que les difficultés économiques subies par le secteur de l'aide à domicile étaient sérieuses. Le taux d'inéligibilité à l'aide a en effet été relativement bas* ». Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement témoigne d'une volonté de refondation du secteur, en particulier par la revalorisation du plafond de l'APA, la valorisation de l'emploi mais aussi le bénévolat.

Certains financements privés solidaires peuvent venir en soutien ponctuel d'entreprises de l'ESS dans les services à la personne. Néanmoins les montants de la finance solidaire et notamment de l'épargne salariale solidaire (cf. encadré 8), quoiqu'en progression, restent peu élevés et financent des projets dans des domaines variés (accès à l'emploi, accès au logement activités écologiques et entreprenariat dans les pays en développement). Plus spécifiquement, dans l'aide à domicile, compte-tenu de la structuration du secteur – dans lequel les ressources financent essentiellement l'activité – et en raison des modalités de financement solidaires (financements en prêt ou en garantie), les acteurs privés de la finance solidaire ne s'engagent que de manière temporaires (aide à se structurer, accompagnement, aide financière en cas de fusion ou pour des supports logistiques). Ils ne peuvent pas s'engager de manière pérenne dans des investissements non rentables par construction. Comme l'explique une des personnes enquêtées : « *On est sur des financements en prêt ou en garantie donc on ne peut pas résoudre les problématiques des associations, on ne peut pas résoudre le problème de financement en France qui renvoie à un choix politique – comment on finance l'aide à domicile ? On n'est pas une solution en soi* ».

Encadré 8 : Financement solidaire en 2013

Selon le baromètre de la finance solidaire 2014 de Finansol, au 31 décembre 2013, l'encours de l'épargne solidaire s'élève à 6,02 milliards d'euros dont la majorité (61.4%) est issue de l'épargne salariale solidaire. L'épargne solidaire a conduit à financer des projets pour un montant d'1,01 milliard d'euros à cette date dans quatre domaines principaux. L'encours de

[45] *Ibid.*

l'épargne salariale solidaire s'élève à 3.9 milliards d'euros qui sont placés sur des Fonds Communs de placement d'entreprises (FCP) solidaires, appelés également 90/10 car ils investissent 90 à 95 % de leurs encours sur des marchés côté en bourse (non solidaires) et 5 à 10 % dans des entreprises agréées solidaires[46]. Ce système permet de garantir un certain rendement financier puisque 90 à 95 % ont un rendement classique et 5 à 10% un rendement financier moins important (de l'ordre de 1 à 3%). Au final comme l'explique un responsable de France Active « [cela] *veut dire qu'il y a à peu près 300 à 400 millions* [pour les] *FCP solidaires* ».

A titre d'exemple, la société d'investissement France Active est dotée d'un capital de 112 millions d'euros. Ce capital est financé à 65% par des FCP solidaires (73 millions), 12% par la Caisse des dépôts, 10% par des institutions bancaires et financières et d'autres plus petits actionnaires. Ces 112 millions sont investis pour 60% dans des entreprises autres que solidaires et 40% environ dans des entreprises solidaires (cf. *Rapport d'activité 2013 de la Société d'Investissement France Active (SIFA)*, disponible sur www.franceactive.org).

Plusieurs raisons cumulées peuvent expliquer les difficultés de financement des associations. D'abord, la redéfinition des aides publiques, en particulier l'APA, n'a pas suivi la montée en puissance du nombre de bénéficiaires. « *Les Conseils généraux ne sont plus en capacité de faire face aux demandes d'APA, l'Etat diminuant aussi sa participation à ce financement, via la CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : la part de financement de l'APA des conseils généraux sur leur propre budget est en constante augmentation et pèse sur les finances locales* » (LADA, 2011, p.13-14). Ensuite, la crise conduit à réduire les dépenses publiques mais aussi à durcir les critères pour bénéficier des aides, sans pour autant que les bénéficiaires/usagers aient nécessairement les moyens de prendre en charge soit le reste d'heures non financées, soit la prise en charge totale et donc d'avoir recours à une aide à domicile. En plus d'une réduction des plans d'aide, ce qui diminue les heures solvabilisées et donc la demande, l'ouverture à la concurrence a pu jouer en défaveur de certaines structures associatives. En effet, avec l'ouverture à la concurrence en 2005, les associations ont été amenées à renforcer et à professionnaliser leurs structures d'encadrement intermédiaires. Celles qui fonctionnaient sur le bénévolat ont eu plus de mal à s'adapter aux nouvelles conditions du marché et l'investissement dans la création de l'encadrement intermédiaire a lourdement pesé sur les budgets des associations en accentuant leurs difficultés financières

[46] L'agrément « entreprise solidaire » a été redéfini dans le cadre de la loi de Modernisation de l'Economie (LME) du 4 août 2008, comme suit : « Sont considérées comme entreprises solidaires au sens du présent article les entreprises dont les titres de capital, lorsqu'ils existent, ne sont pas admis aux négociations sur un marché réglementé et qui :

- Soit emploient des salariés dans le cadre de contrats aidés ou en situation d'insertion professionnelle,
- Soit, si elles sont constituées sous forme d'associations, de coopératives, de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de sociétés dont les dirigeants sont élus par les salariés, les adhérents ou les sociétaires, remplissent certaines règles en matière de rémunération de leurs dirigeants et salariés. Ces règles sont définies par décret ».

Les entreprises solidaires sont agréées par l'autorité administrative. Sont assimilés à ces entreprises les organismes dont l'actif est composé pour au moins 35 % de titres émis par des entreprises solidaires ou les établissements de crédit dont 80 % de l'ensemble des prêts et des investissements sont effectués en faveur des entreprises solidaires.

(GRAMAIN, WEBER, 2013). Ainsi, comme le synthétise le rapport IGAS/IGF, « *dans un contexte d'une part d'augmentation des besoins des personnes âgées et handicapées, d'autre part de crise économique qui conduit à réduire les dépenses publiques et à contracter les dépenses des ménages, le secteur des services d'aide à domicile des publics fragiles fait face à des difficultés financières* » (IGAS /IGF, 2010, p. 3)[47].

Dans les deux territoires étudiés, ce problème de financement apparaît comme un problème récurrent. Cette question est centrale dans les propos des acteurs rencontrés qui soulignent notamment l'instabilité qui en découle pour les structures associatives. Ces propos émanent tant des acteurs associatifs (direction et représentants syndicaux) que des pouvoirs publics. La baisse des financements publics, renforcée par la baisse de la demande des usagers liée à la crise économique et au chômage – qui conduirait certaines personnes à ne pas recourir à l'aide à domicile (plus grande disponibilité des familles pour s'occuper de personnes dépendantes, insuffisance de moyens) – serait telle qu'elle aurait conduit à une dégradation de la situation des associations. Dans le territoire N., les problèmes semblent plus accentués encore compte tenu du niveau de vie particulièrement bas dans la région. Comme le souligne cette représentante syndicale :

« Le financement ça dépend de la région, de la population, de la richesse de la région aussi et des besoins, plus vous avez une population dense comme dans [la région N] avec des minimas sociaux, moins il y a d'aide financière pour les structures d'aide à domicile et plus forte est la demande car ce sont des personnes en grande fragilité. En région Y, il y a plus de financements, des personnes sont plus aisées car les personnes qui partent à la retraite ont plus de moyens et la demande n'est pas là même ».

Les rapports d'activité des associations étudiées révèlent des baisses de financement variables selon les structures, si bien qu'il est difficile de mesurer l'ampleur de cette baisse et son impact sur les structures, d'autant que les types de financement varient selon les associations et que les pratiques des financeurs varient également selon les départements (cf. annexe). En nous focalisant sur des associations autorisés et tarifées, censées être plus protégées que d'autres et en analysant les difficultés qu'elles rencontrent, nous pouvons mettre en évidence certaines défaillances dans la structuration même de l'aide à domicile.

2 Les problèmes et dysfonctionnements liés aux modalités de financement

2.1 La diversité des financements et des procédures

Le financement des structures de l'aide à domicile constitue un ensemble hétéroclite. Le Conseil Général, chef de file de l'action sociale, est le plus souvent le principal financeur des associations, suivi selon les cas de la CAF et de la CARSAT. Sont également citées par les associations les caisses (CPAM et autres) et les mutuelles. A côté de ces financeurs principaux, on peut trouver également la participation de villes, les cotisations et la participation des usagers.

[47] On peut se demander dans quelle mesure les assurances et mutuelles peuvent constituer des relais financiers pour les ménages.

Encadré 9 : Les principaux financeurs de l'aide à domicile dans les structures enquêtées

Le financement des services d'aide à domicile est fonction du type de prestation apportée et du public aidé (personnes âgées, handicapées, malades et familles). En France, le Conseil Général et les organismes de sécurité sociale représentent les principaux financeurs du secteur.

- Le conseil général, « chef de file » en matière d'action sociale (aide sociale à l'enfance, aux personnes âgées et handicapées), assure la prise en charge de l'aide sociale légale. Il assure la prise en charge de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), la prestation de compensation handicap (PCH) ainsi que pour les familles l'aide sociale à l'enfance, la PMI et l'action éducative en milieu ouvert. « *Gestionnaires de l'APA, qu'ils versent aux bénéficiaires, les départements possèdent ainsi une capacité de solvabilisation de la demande appuyée par la CNSA, qui abonde les départements à hauteur de 30 % environ de leurs dépenses d'APA* » (COUR DES COMPTES, 2014, p. 54).

- Les organismes de sécurité sociale sont représentés par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) dont les conseils d'administration déterminent les aides allouées et leurs critères d'attribution. Auprès des personnes âgées, la CNAV (ressortissants du régime général) mais aussi les autres régimes des caisses de retraite assurent une prise en charge au titre de la prestation d'aide ménagère à domicile. Pour les familles, la CNAF, la CNAM et la Mutualité sociale Agricole prennent en charge l'essentiel des interventions.

Les types de financement d'une structure sont divers et par conséquent les modalités de financement varient selon les financeurs et les prestations. Cette diversité peut être source de complexité pour les associations.

« Une anecdote, on a changé de responsable financier au 1er juillet, il a dit "mais c'est quoi votre truc? Comment ça marche?" Ce serait tellement simple qu'on ait une enveloppe pour tout, c'est pas possible ! Alors en fait on a trois enveloppes différentes, on a deux financeurs mais trois enveloppes différentes ».

De nombreux dispositifs publics se sont succédés pour structurer et professionnaliser le secteur : introduction ou accélération de la diffusion du management, transformation ou introduction de pratiques d'évaluation des structures et de leurs salariées, production de normes de qualité. Cette montée d'une logique gestionnaire qui se traduit dans les associations étudiées par le recrutement de personnels cadres diplômés en management ou gestion, notamment les directeurs, la baisse du bénévolat dans des postes de responsable de service/de secteur ou encore l'harmonisation des procédures et l'engagement dans des démarches qualités, n'empêche pas la permanence de difficultés dans la gestion de ces procédures hétérogènes.

Il faut préciser que pour les représentantes du personnel et la responsable d'une association que nous avons interrogées, ces évolutions gestionnaires sont le plus souvent positives car elles permettent un plus grand professionnalisme qui facilite le travail, l'organisation de l'emploi du temps (gestion des plannings moins soumise à l'arbitraire du responsable de secteur) ou la relation aux clients (instauration d'une badgeuse, meilleur suivi de l'activité, etc.). Cette vision positive est à nuancer au regard d'autres travaux qui montrent que des outils importés du secteur marchand peuvent entrer en contradiction avec le travail réel des salariés dans certaines associations (LADA, 2011).

2.2 Les problèmes dans l'orientation des usagers

Certains dysfonctionnements évoqués par les associations et les pouvoirs publics concernent l'orientation des usagers par les acteurs locaux. Certaines baisses d'activité sont par exemple évoquées, non en raison d'une baisse de financement, mais en raison de dysfonctionnements dans cette orientation. C'est ce qu'explique cette responsable associative :

« *L'année dernière le CG a débloqué 5 000 heures de plus au niveau de son activité ASE-TISF sur le département, ça a été un choix politique du département, sur d'autres ce serait plutôt en réduction, donc très bien, parfait ... sauf que ça a été l'objet de renégociation de ces enveloppes-là et nous on s'est dit :" oh la la ça fait deux ans qu'on fait pas notre enveloppe, donc ils vont réduire notre activité ASE", ça n'a pas loupé. Et puis on s'est battu en disant :"mais si on ne fait pas notre enveloppe, c'est pas parce qu'on ne veut pas la faire, c'est parce que les enveloppes ASE, les prestations TISF ASE, comment on les fait ? Ce n'est pas l'usager qui nous appelle, ce sont les prestataires sociaux qui nous mandatent pour intervenir. Ca veut dire qu'en gros si on ne les fait pas, c'est parce qu'on ne nous a pas sollicité pour les faire". Et c'est là qu'ils étaient un peu coincés, parce que c'est le CG lui-même qui est pourvoyeur de ce travail-là donc on a rectifié le tir, réajusté les enveloppes et on est parti sur d'autres bases* ».

Il faut noter que la salariée du Centre local d'information et de coordination (Clic) que nous avons interrogée souligne que les évaluatrices, elles-mêmes chargées de traiter de nombreux dossiers, ont tendance à orienter vers les structures avec lesquelles elles ont une habitude de travail. De son côté, le CG revendique le fait que, compte-tenu de sa neutralité, il ne peut orienter l'usager vers tel ou tel type de prestataire, les associations devant alors à promouvoir leurs services. Selon la responsable du CG rencontrée :

« Le CG est neutre, c'est-à-dire qu'on ne privilégie pas les services autorisés pour le bénéficiaire, on ne va pas dire "prenez un service autorisé", c'est-à-dire que tous les services qu'ils soient privés ou publics ont la même publicité ou la même non publicité. Le CG ne veut pas privilégier ».

Cette question des processus d'orientation des prestataires sociaux vers tel ou tel type de structures est importante car au-delà du montant des financements, elle peut expliquer les difficultés rencontrées par les associations mais aussi par les structures du secteur marchand. Il conviendrait d'analyser si ces problèmes de coordination entre prestataires sociaux et financeurs révèlent des dysfonctionnements lourds (dans le processus de sélection, d'orientation, de mise en concurrence, etc.) ou plutôt des problèmes de gestion plus conjoncturels. Cette question est à approfondir en lien avec la question des modalités de paiement (avance, budget annualisé, etc.) des différents financeurs.

Encadré 10 : Principales prestations citées par les associations dans les territoires étudiés

Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)

Le Conseil Général finance, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui peut être attribuée :

- à domicile pour contribuer au financement d'une aide à domicile,

- en établissement pour aider à acquitter le tarif dépendance,

- pour aider à rémunérer une personne agréée pour l'accueil de personnes âgées à son domicile.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La PCH est une prestation accordée à compter du 1er janvier 2006 par la Commission des droits et de l'autonomie des Personnes Handicapées.

Elle est versée par le Conseil Général, en nature ou en espèces, à toute personne, sans conditions de ressources, âgés de 20 à 60 ans, résidant de façon stable et régulière en France et ayant une difficulté absolue à la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne (se laver, se déplacer, etc.) ou une difficulté grave pour au moins deux activités. Elle remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Cette prestation englobe des aides de toute nature, déterminées en fonction des besoins et du « projet de vie » de la personne handicapée.

La Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)

Cette prestation comprend une prime à la naissance ou à l'adoption, une allocation de base et un complément de libre choix du mode de garde.

La prestation d'Aide au domicile de la CAF ou de la MSA

La CAF et la MSA ont créé une aide financière pour apporter un soutien temporaire aux familles, afin de leur permettre de traverser certaines périodes difficiles notamment à l'occasion d'événements tels que la grossesse, la naissance, ou la maladie et le décès d'un parent ou d'un enfant. D'autres situations peuvent aussi être prises en compte : la séparation des parents et l'accompagnement d'un parent seul vers l'insertion professionnelle. La participation des familles est déterminée suivant un barème national.

L'aide sociale à l'enfance

L'aide sociale à l'enfance est, depuis les lois de décentralisation, un service du département, placé sous l'autorité du président du Conseil général et dont la mission essentielle est de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelle ou collective, de protection et de lutte contre la maltraitance.

Ainsi, malgré la diversité des financeurs, les associations apparaissent largement dépendantes des pouvoirs publics, en particulier du Conseil général qui intervient au travers de prestations tels que l'APA, la PCH, l'ASE et dans des processus (financement, orientation) variés. La question se pose alors de savoir comment les associations de l'aide à domicile s'adaptent dans cette situation dégradée. Dans la mesure où « *l'aide à domicile est en réalité presque entièrement financée – et prescrite – par la puissance publique* » (TRABUT, 2014), il convient de s'interroger sur les marges de manœuvre dont peuvent disposer les associations pour conserver leur activité et de l'effet des ces pratiques sur le service rendu et la qualité de l'emploi. Notre enquête de terrain permet d'éclairer les solutions et stratégies des acteurs associatifs.

CHAPITRE 4 : Les transformations des ressources et des modèles économiques

Dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques, qui peut mettre en difficulté les associations, il convient de se demander comment ces structures parviennent à maintenir leurs activités pour assurer leur pérennité. On mettra en évidence ici les marges de manœuvre dont elles disposent et les stratégies qu'elles peuvent mettre en place : d'abord en présentant la façon et les conditions dans lesquelles elles peuvent influer sur les tarifs, ensuite les démarches de diversification de leurs activités et les difficultés que ces dernières peuvent générer. Nous évoquerons également la question de leur fiscalité.

1 Jouer sur les tarifs

Une difficulté majeure des associations tient au fait que le niveau de tarification élaboré par les financeurs ne couvre pas le coût de revient des services, avec des écarts plus ou moins forts selon le territoire d'action et la structure (la masse salariale notamment) des prestataires. Il s'agit alors pour les associations de tenter de peser sur le tarif, avec des stratégies variables selon le financement.

1.1 Le cas de la négociation avec les financeurs

La procédure de financement des associations autorisées et tarifées, dans le cadre des financements de la CAF et du CG, offre quelques marges de manœuvre assez réduites aux associations. En effet, le tarif est établi sur la base d'un budget qui tient compte de différents paramètres comme la structure du personnel, les frais de gestion, etc. Les associations élaborent un budget qu'elles proposent aux financeurs. La proposition fait ensuite l'objet d'une expertise des financeurs puis d'une négociation. Les acteurs associatifs rencontrés insistent néanmoins sur leurs marges de négociation réduites, notamment dans un contexte de mise en concurrence avec d'autres acteurs du service à la personne.

1.1.1 *Le cas des financements du Conseil général*

- ✓ Prenons le cas des financements du CG dans le département dans lequel nous avons pu mener une analyse approfondie (département O) : en particulier la tarification APA. Précisons que le CG a choisi de bloquer le nombre d'associations autorisées. Les tarifs

ont été fixés en 2009 après une discussion avec les associations autorisées et les responsables du CG chargés de la tarification. Plusieurs critères ont été pris en compte (lieu d'intervention, structure de l'association, personnels), donnant lieu à des tarifs variables selon les associations et réévalués depuis chaque année au même taux. Dans un cas, la situation économique d'une association en difficulté a également été prise en compte. C'est ce qu'explique la responsable du CG rencontrée :

« Les différences de tarif sont parus dès 2009 d'après des critères bien définis, il y a eu une tarification horaire, il y avait des services qui étaient en difficulté, l'association X a eu des grosses difficultés financières il y a 5 - 6 ans, cela explique qu'elle ait le tarif le plus fort car à la création de ce tarif, elle était en difficulté donc il y a eu un coup de pouce pour elle et après c'est aussi l'évolution du tarif annuel, il y a un barème national mais je ne sais plus la source.

Pourquoi un coup de pouce ?

Il y a des conditions de formation du personnel, de réponses à l'usager au niveau des dossiers d'agrément, il y a une charte bien précise et il faut qu'ils tendent à une qualité de service. Il y avait aussi que l'association X pouvait intervenir sur tout le département comme l'association Y et l'association Z, il y a trois services qui interviennent sur la totalité [du territoire] et c'est important de couvrir le territoire rural. Après il y a des conséquences sur la tarification car aller pour un usager en zone rurale, il y a des frais de déplacements supérieures, des prises en compte de frais de trajet de personnel à prendre en compte, ce qui augmente le tarif horaire ».

Ainsi, dans ce département, comme dans d'autres territoires (WEBER, 2013), les pouvoirs publics territoriaux (Conseil général) - mais aussi déconcentrés (ARS) - soutiennent le secteur associatif parce qu'il remplit une mission de service public dans certains domaines et en particulier parce qu'il assure « *les parts peu rentables du marché, comme l'intervention en milieu rural [qui implique] des remboursements de frais de déplacement aux salariés plus importants qu'en milieu urbain et périurbain* » (BILLAUD, 2013, p. 112). Certains « coups de pouce » peuvent être faits pour assurer le maintien d'associations en difficulté. Depuis 2009, aucun changement structurel n'a été apporté à cette tarification, en dépit de la mise en place de réunions par le CG avec les associations tarifées pour réfléchir aux évolutions éventuelles à mener. C'est ce qu'explique la responsable du CG :

« *Donc après 2009, en 2011 tous les services ont été réunis pour parler de la tarification de l'année d'après et en 2012 c'est pareil... le CG était à l'initiative de ça, sauf qu'à cette réunion, les personnes avec nous, entendaient les mouches voler, c'est-à dire qu'il n'y avait pas de débat parce qu'il y avait ce problème [d'une grande association] et le reste du monde…c'est une des raisons évoquées dès qu'on parlait de sous, il y avait "oui mais [la grande association] vous faites ci et ça" et les autres n'osaient pas dire les choses. En 2013, il n'y a pas eu de réunion et on est en 2014, on s'était dit "pourquoi pas les réunir ?". Mais on attendait aussi la fameuse loi qui n'arrive toujours pas… Tout le monde était sur "qu'est-ce que ça va changer ?", parce que se réunir pour dire "votre budget est contraint"... Il faut un débat sur autre chose mais ça n'a pas fonctionné du tout. (…) Sinon on les rencontre chacun pour tous les budgets prévisionnels et les comptes administratifs, donc deux fois dans l'année* ».

Outre la question de cette grande association spécifique au territoire étudié, on peut noter une situation d'attente de l'ensemble de ces acteurs locaux de la loi destinée à améliorer le financement du secteur. Dans cette situation d'attente, le CG, lui-même contraint financièrement, n'envisage pas de redéfinir les critères de définition du tarif. Dans ce contexte bloqué, il pointe néanmoins la nécessité de réfléchir à une évolution de la situation compte-tenu des difficultés que font remonter certaines associations.

Au-delà de ces problèmes de financement, il faut préciser que la tarification ne s'appuie pas sur des indicateurs permettant d'apprécier la qualité de l'emploi dans les associations. Seuls quelques grands indicateurs quantitatifs (ratio CDI/CDD, mise en place de plans de formation par exemple) servent de référentiels. La qualité de l'emploi n'est pas prioritaire dans l'élaboration des grilles de tarification. En témoigne cet extrait d'entretien avec une responsable du CG :

« Quels indicateurs regardez-vous sur la question de l'emploi et de la qualité de l'emploi ?

On n'a pas ces informations-là, après on a des plaintes d'usagers des territoires et certains territoires nous les font remonter après par rapport au volume d'heures ».

Plus encore - nous y reviendrons - on observe une injonction de la part des pouvoirs publics pour limiter les budgets des associations. Cela peut se traduire par la dénonciation de certains accords d'entreprise, quand ils sont estimés trop coûteux au regard des autres structures, ou encore par des injonctions à limiter les formations qualifiantes (pour éviter l'élévation du niveau de qualification des salariés) ou le recrutement de personnes qualifiés. En effet, « *l'ancienneté du personnel, surtout couplée avec le niveau de qualification, a un impact déterminant sur le volume de la masse salariale. Cette ancienneté est souvent d'autant plus importante dans les grosses associations et en milieu rural, où les possibilités de mobilité sont plus rares* » (IGAS/IGF, 2010, p.16) (cf. encadré 11). A noter que dans le cas du CG étudié, le rapport de l'IGAS sert de référentiel même si les responsables rencontrés adaptent les préconisations de ce dernier aux réalités de terrain.

Ainsi, les financeurs publics, dans un contexte de rationalisation des dépenses, voient leurs marges de manœuvre réduire. Les associations ne peuvent alors guère influer sur les tarifs auprès de ces financeurs. La politique du CG dans le territoire O consiste à « protéger » certaines associations, d'une part en limitant le nombre d'associations autorisées, d'autre part en réfléchissant aux évolutions de la situation économique des associations et parfois en les soutenant par des « coups de pouce ». Cette démarche correspond à une politique volontariste du CG qui s'appuie sur ces associations souvent anciennes sur le territoire. Il faudrait élargir l'analyse à d'autres départements pour mesurer l'importance de ces pratiques par les pouvoirs publics locaux. Mais il faut préciser que le soutien du CG n'est pas suffisant pour garantir la survie et la rentabilité des associations. En effet, depuis 2009, l'une des associations autorisées dans le territoire O a fermé.

Encadré 11 : Les recommandations du rapport IGAS et de l'IGF (2010)

Dans le rapport établi par l'IGAS et l'IGF pour la mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles, les recommandations émises ne visent pas directement le financement de la dépendance mais sont centrées sur l'organisation de la production et de nouvelles règles de concurrence. Les inspecteurs concluent aux faibles marges de manœuvre des associations pour améliorer leur rentabilité et conserver ou retrouver un équilibre financier. La gestion optimisée des plannings et une adaptation de la structure aux effectifs constituent selon eux un des (rares) leviers pour améliorer le fonctionnement interne des associations. Selon leurs termes, « *les services à statut associatif sont soumis à des conventions collectives qui, si elles protègent les salariés, renchérissent les dépenses de personnel et introduisent un certain nombre de contraintes qui placent les services déjà fragiles en difficulté sérieuse* ». Le fractionnement des activités estimé trop couteux doit être limité et les services doivent mutualiser les fonctions supports et les personnels administratifs afin de limiter leurs charges de structure.

- ✓ Evoquons un autre cas, avec précaution : celui d'arrangements « illégaux » entre associations et responsables politiques pour bénéficier de prix plus avantageux. C'est ce qu'explique cette représentante syndicale travaillant dans le territoire N :

  « Le problème par exemple de [l'association X], 600 salariées, pas la petite structure, aucune à temps plein hein, le directeur allait voir le CG où il y avait un élu qui était dans sa poche qui siège au CA et cet élu là disait "tu donnes ce prix là, t'emportes le marché, au mois de septembre on se revoit, on rééquilibre les comptes ". Ca a duré pendant des années et un jour cet élu a été envoyé dans une autre région en cours d'année pour x raisons et quand l'autre il est venu avec son enveloppe pour la rectifier, on lui a dit "vous avez remporté le marché en mars à tel taux, désolé, vous reviendrez l'an prochain ". Donc plus d'un million d'euros à devoir au CG, gros problème financier, les autres structures à côté dont nous et bien on a été chercher les sous où il y en avait et l'année suivante, ce monsieur est revenu, de nouveau arrangement et on fait semblant de rien. C'est pour ça qu'on demande un audit … mais c'est comme ça. Il faut être honnête. Quand vous découvrez des choses comme les associations [en réseau] ont faites dans des structures parallèles, c'est des financements comme ça. D'un autre côté, je dois dire la vérité, il y a beaucoup de structures qui ne pourraient pas vivre s'il n'y avait pas ces petits arrangements-là ».

  Si ce cas mérite d'être évoqué, c'est moins en raison de son importance dans la compréhension des problèmes de financement du secteur que pour montrer certaines défaillances du système, ici une forme de clientélisme entre pouvoirs publics et associations.

1.1.2 *La concurrence entre associations et structures privées lucratives en question*

L'enquête de terrain permet d'observer certaines pratiques des pouvoirs publics qui contribuent, par le régime de l'autorisation mais aussi de la tarification, à soutenir le secteur associatif. En effet, *« L'action publique a besoin du secteur associatif pour assurer au moins une offre de base dans le secteur de l'aide à domicile, une offre "plus stable" sur la durée que celle des entreprises soumises aux fluctuations du marché, qui accepte de travailler dans les endroits isolés et de voir les populations les plus modestes – en clair, d'assurer les activités les moins rentables du secteur. (...) Le secteur associatif serait donc, pour les pouvoirs publics, le garant d'un quasi-service public au sein d'un marché concurrentiel* » (BILLAUD, 2013, p.109). De leur côté, comme l'ont montré Laurent Gardin, Jacques Gautrat, Jean-Louis Laville et Julien Scolaro dans une étude menée sur la CFDT et l'économie solidaire (2010), les représentants syndicaux du secteur de l'aide à domicile ont accepté la remise en cause du monopole des associations dans l'attribution de certains financements publics. Néanmoins, ils pointent également une forme de concurrence déloyale en faveur des entreprises lucratives qui interviennent dans le domaine de l'aide à domicile, ces dernières n'ayant pas à supporter les mêmes contraintes que les associations autorisées en termes d'emplois, d'évaluation du service ou de reconnaissance de la place des usagers. A l'inverse, pour les représentants des services privés, il existe une concurrence déloyale en faveur des associations. C'est ce qu'explique un représentant syndical de la CFDT :

« Les associations font de la concurrence déloyale aux entreprises si on regarde les choses concrètement, c'est-à-dire par exemple que les associations ne sont pas soumises à la TVA, les entreprises oui, donc ça fait déjà un gap entre les deux de 20%. Après les associations ont aussi des financements un peu plus publics. Après, vu que les entreprises n'ont pas encore le champ d'activités comme l'ont les ex [d'une grande association] qui ont des liens aussi avec le tissu local, le tissu politique, n'ont pas encore conquis l'ensemble de la France ; elles se développent dans les milieux urbains. Dans les milieux ruraux on est encore plutôt sur l'associatif. Donc cette concurrence ne va pas forcément dans le sens que l'on pense ; ce sont plutôt les associations qui ont des avantages financiers supérieurs à ceux des entreprises ».

Cette question renvoie à deux dimensions qui, si elles n'ont pas été centrales dans les entretiens, doivent être évoquées :

- ✓ Le régime de l'autorisation et de l'agrément

Comme le souligne la Cour des comptes (2014) il n'est pas certain que le régime d'autorisation tel qu'il existe aujourd'hui puisse demeurer en l'état. En effet, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement tente de résoudre la complexité générée par la coexistence des deux régimes (autorisation et agrément) sous l'angle de la facilitation d'obtention de l'autorisation pour les structures agréées proposant des services à domicile au bénéfice des personnes en perte d'autonomie. Pourtant, « *Une plainte d'une entreprise pour pratique discriminatoire d'un conseil général a (...) conduit la Commission européenne à adresser une demande d'information sur d'éventuelles discriminations entre structures agréées et structures autorisées. Dans ce contexte, la DGCIS fait part de sa préférence pour le maintien du seul agrément, selon des modalités éventuellement adaptées pour permettre*

notamment aux conseils généraux d'instruire les demandes » (COUR DES COMPTES, 2014, p.39-40).

- ✓ Le système d'aides fiscales

Le système d'aides fiscales n'est pas sans poser de problèmes. En effet, « *si le plan de développement de services à la personne a voulu instaurer en 2005 un secteur, en regroupant des activités autour d'un même régime fiscal, social et réglementaire, force est de constater que cette cohérence, si elle a jamais existé, s'est progressivement perdue. Cette situation se traduit en particulier dans le champ des services aux personnes âgées dépendantes où deux régimes juridiques coexistent pour les structures qui viennent en aide aux personnes dépendantes* » (COUR DES COMPTES, 2014, p.6).

Dans la liste des dépenses fiscales et des niches sociales qu'elle a réalisée, la Cour des comptes a retenu celles dont les objectifs correspondent, dans les documents budgétaires, à la politique de développement des services à la personne. Ainsi caractérisées, les aides aux services à la personne sont au nombre de onze en 2014 : quatre niches sociales et sept dépenses fiscales. Leur coût total en 2012 s'est élevé à 6,05 Md€, 70 % pour les mesures fiscales (4,25 Md€) et 30 % (1,8 Md€) pour les niches sociales. Comme elle le précise dans son rapport, « *les champs d'application de ces dispositifs et des activités des services à la personne coïncident de plus en plus difficilement* » (cf. COUR DES COMPTES, 2014, tableau de synthèse p.41).

Si certains dispositifs ont pu, ou peuvent, permettre de réduire le coût du travail, ils s'avèrent relativement instables. C'est ce que souligne Florence Gallois (2013) : « *plusieurs dispositifs (dédiés ou non au secteur) se chevauchent afin de réduire le coût du travail : les exonérations dites "services à la personne", les exonérations pour l'aide auprès de personnes de plus de 70 ans et les exonérations générales sur les bas salaires. Ces dispositifs contribuent effectivement à réduire le coût du travail, mais leur instabilité renforce les difficultés de l'aide à domicile. Ainsi, la suppression par la loi de finances 2011 des exonérations services à la personne accroît les prix de revient horaire de 20 à 30 centimes pour les services d'aide à domicile aux personnes âgées. Les services à domicile recourent également à des dispositifs extra-sectoriels pour diminuer leurs coûts de production : les dispositifs de contrats aidés sont fréquemment utilisés pour l'emploi de personnel administratif, ce qui permet une baisse du coût de production. Mais ces dispositifs sont également instables. Les possibilités de recours à ce type de contrat aidé diminuent, ce qui pèse à nouveau sur les coûts de production* ».

Les entretiens n'ont pas permis d'étudier cette question du recours aux contrats aidés, des exonérations etc., qui serait à approfondir. Il faut cependant évoquer le fait qu'une association a expliqué avoir utilisé le dispositif de la préparation opérationnelle à l'emploi – dispositif qui consiste à former un demandeur d'emploi et donne droit à une aide financière aux structures en cas d'embauche de leur part. Il est présenté par la directrice de l'association concernée comme une solution pour lutter contre le *turn over*.

1.2 Jouer sur le prix des prestations

Dans certains types de financement, les associations ne peuvent pas négocier le tarif à appliquer. C'est le cas avec la Carsat où un tarif unique déterminé au niveau national est imposé aux prestataires avec lesquels elle a passé une convention. Ce tarif national ne reflète pas la réalité des coûts de l'organisme, déterminés eux au niveau local et variant avec le niveau de qualification des salariés, les formes d'organisation, la couverture géographique, etc. Dès lors, pour compenser le manque à gagner, certaines associations demandent une participation financière aux usagers, pratique qui sort du cadre juridique mais semble, aux dires d'une responsable associative, tolérée sur le territoire, comme elle l'explique :

« Le problème avec la Carsat, c'est que le tarif horaire est de 19.40 euros là où nous, on présente un tarif horaire de 21 [euros], c'est une décision interne qu'on applique sur l'association et qui se fait de plus en plus sur les associations d'aide à domicile, c'est qu'on applique 1 euro supplémentaire à la charge de l'usager pour compenser cette perte là parce que sinon, à chaque fois qu'on fait des heures Carsat on perd de l'argent. Et il y a des associations qui font des heures sous-tarifées et donc elles perdent de l'argent ...Ce n'est pas possible de tenir comme ça.

D'autres associations font ça ?

Nous on fait 1 euro, d'autres font moins, mais normalement on n'a pas le droit de faire ça. Mais c'est toléré, la Carsat le sait ... A chaque fois qu'on fait notre budget, on fait un courrier au président de la Carsat en le disant, ils en prennent acte. Ce pourrait être : "non ou on vous déconventionne", mais non. ».

Autrement dit, en raison de la baisse des financements, l'usager est amené à prendre en charge une partie du financement. Parce que ce type de pratique est source d'une dégradation de la qualité du service rendu, il conviendrait d'approfondir l'analyse des mécanismes aboutissant à une telle solution ou, au contraire, à en envisager d'autres.

2 Maintenir l'activité par la diversification des ressources

Conséquence de cette situation financière dégradée, les associations mettent en place des actions destinées à augmenter leurs « recettes » en diversifiant les activités et les financements. Cette diversification passe par le recours à des financements publics de nature variée (financements de projets, subventions) mais aussi par le développement de services non ciblés sur les publics fragiles, à des tarifs qui peuvent être plus avantageux pour elles.

2.1 Les mécanismes de diversification

La diversification des activités n'est pas nouvelle et peut être le résultat de processus et de mécanismes variés.

- ✓ Le premier a trait aux évolutions des problématiques sociales et à leur reconnaissance par les pouvoirs publics. Les associations étudiées, souvent implantées depuis longtemps dans le territoire, ont, au fil des années, diversifié leurs activités pour tenir compte de l'émergence et de la reconnaissance de nouveaux besoins sociaux. C'est ainsi par exemple qu'une association ancienne dans le paysage, à l'origine centrée sur l'aide familiale, s'est diversifiée et est aujourd'hui structurée autour de deux services :

le secteur famille et un service personnes âgées. Une autre, initialement orientée sur le rural, mène aujourd'hui des actions en ville.

- ✓ Le deuxième a trait aux transformations plus récentes du tissu économique. En effet, au cours des années 2000, la mise en place du plan Borloo[48] a modifié le secteur. Avec ce plan, les pouvoirs publics ont cherché à l'ancrer sur le segment concurrentiel, avec la mise en concurrence entre associations mais aussi entre associations et entreprises, voire aux particuliers employeurs. « *Dans ce cadre, un mouvement de concentration de certaines associations s'est opéré, par le biais de reprises d'activité d'association et/ou de CCAS (…) sur fond de multiplication et de diversification de l'ensemble des acteurs en présence* » (LADA, 2011, p.13). Les récits des représentantes syndicales relatifs à l'histoire de leur association sont particulièrement instructifs de ce point de vue. Disposant souvent d'une ancienneté forte dans leur structure ou dans le secteur, elles ont une connaissance des transformations/mouvements de fusion/absorption dans les associations de leur territoire[49]. Malgré des imprécisions dans les dates, leurs propos révèlent que les reprises d'activité d'une association vers une autre sont fréquentes en cas de dépôt de bilan. Il faut noter que si les plans Borloo et l'ouverture au privé ont pu constituer une source d'inquiétude pour les personnes enquêtées, tout se passe comme si aujourd'hui le privé lucratif et le non lucratif occupaient aujourd'hui des segments de marché différents, sans se concurrencer par conséquent.

- ✓ Un troisième type de mécanisme, plus récent, relève plutôt d'une stratégie « gestionnaire » consistant à diversifier les types d'activité et donc de financements pour assurer la survie ou développer l'association, dans un contexte de baisse des financements. Elle peut être offensive, comme dans le cas d'une grosse association du territoire O employant près de 2000 salariés et présentée comme une « entreprise » dirigée par un bon gestionnaire mais dans laquelle les conditions d'emploi et de travail sont particulièrement dégradées, ou plus « défensive » quand les associations cherchent à diversifier leurs activités et donc leurs financements pour maintenir l'emploi.

2.2 Le cas d'une association diversifiant ses activités et ses difficultés

Une association ancienne sur le territoire O s'inscrit dans cette démarche de diversification de ses activités/actions. Elle emploie près de 200 salariés. Si la diversification des activités et donc des financements est présentée comme une solution pour maintenir l'activité et l'emploi, cette diversification ne se fait pas sans difficulté.

[48] Le plan Borloo a élargi le champ de l'aide à domicile de personnes fragiles à la notion de services à la personne, si bien qu'à la suite des deux plans successifs (2005 et 2009), le secteur s'est diversifié et complexifié : diversité des services proposés, des publics (familles, petite enfance, personnes âgées et en situation de handicap, publics non vulnérables), des formations associées, des opérateurs aux statuts distincts (associations, CCAS, entreprises, particuliers-employeurs) et des modalités d'intervention (prestataire, mandataire, emplois directs).
[49] Bien plus d'ailleurs que les directions qui ont été largement renouvelées dans les dernières années.

- ✓ Un premier type d'activités mises en place dans cette association sont les prestations de confort (emplois familiaux) comme : la garde d'enfants ne relevant ni de l'ASE, ni de la CAF ; la mise en place d'ateliers de socio-esthétique ou encore des prestations de transport. Ces prestations sont présentées comme difficiles à instaurer car s'écartant des fondements et des missions de l'association.

- ✓ Un deuxième type d'activités/actions développées depuis la fin des années 2000 dans cette association s'inscrit dans une démarche de projets - en réponse ou non à des appels financés par des acteurs publics. On peut notamment citer la mise en place d'une prestation de garde d'enfants dans le cadre du Plan Espoir Banlieue, financée par l'Etat, la CAF et deux communes, à destination de personnes en retour d'emploi ou en formation professionnelle et n'ayant pas de moyens pour faire garder leurs enfants. Autre exemple : la mise en place d'ateliers cuisine, pour lesquels sont attribués des heures de financement TISF, est présentée comme un moyen de lutter contre la baisse d'activité de ces dernières. Ce deuxième type de prestations apparaît plus en lien avec les missions de l'association. Mais la difficulté de leur mise en place est double : elles nécessitent du temps d'élaboration du projet (sans garantie qu'il soit accepté) et les financements ne sont pas pérennes[50].

- ✓ Les subventions des communes sont également recherchées même si là encore, elles semblent faire l'objet d'un processus de rationalisation[51].

- ✓ Ajoutons enfin les tarifs « complets » (tarifs appliqués pour les usagers ne bénéficiant pas d'aides) qui constituent une ressource financière pour les associations, les cotisations ou encore certaines aides comme le fonds de restructuration qui selon la

[50] Selon les termes de la directrice : « *On essaye d'être le plus présent possible sur ces actions-là et de ces rencontres peuvent naitre des actions. On a une action qui s'appelle des ateliers cuisine qui sont en lien avec certains quartiers où des TISF interviennent de temps en temps. Voilà donc on sème un peu partout des petites actions qui sont à mon sens le cœur de notre métier parce que le plan espoir banlieue, même pour les professionnelles elles se retrouvent complètement, là on a vraiment une intervention qui permet à quelqu'un de se former ou de remettre le pied à l'étrier par rapport à un travail, pendant ce temps là il y a une garde d'enfants. On est dans notre cœur de métier plus que les emplois familiaux pour la garde d'enfants dont on parlait tout à l'heure. Mais ça prend du temps, donc on a cette marge de manœuvre mais nos financements ne sont pas pérennes et entre guillemets sûrs, on dépend de nos financeurs* ».

[51] C'est ce qu'explique la directrice : « *Alors on a des subventions municipales, en gros on travaille sur une bonne vingtaine de communes, donc on fait appel au bon cœur des communes tous les ans qui nous envoient une subvention. Ca peut aller de 100 euros jusqu'à des grosses communes qui nous envoient des subventions de 1000-2000 euros…généralement elle base leur subvention sur le niveau d'activités qu'on fait chez elle. Ca se réduit quand même aussi…Là on avait rdv avec une commune avec laquelle on travaille beaucoup, qui commence à rentrer un petit peu dans le contenu de l'activité qu'on fait. Jusque là, on leur dit "service PAPH, service famille, on fait tant d'heures sur la commune", ils payent tant de l'heure ou "il y a tant d'usagers, tant d'habitants de votre commune", ils payent tant, je ne sais pas exactement leurs règles de calcul mais c'est à peu près ça. Et là la commune nous dit : "bon, écoutez, vous faites 140 000 en PAPH, qu'est-ce qu'il y a là-dedans ?".... "ben, il y a l'APA, la PCH, la Carsat, l'aide sociale, les caisses de retraite … et il y a les emplois familiaux" ;" ah oui mais nous subventionnons des heures de ménage chez des gens qui en plus vont avoir une déduction fiscale derrière sans doute, vous comprendrez bien que là, ça ne va plus être trop possible". Donc on sent en règle générale que sur tous les plans, tout le monde regarde de plus en plus ce qu'il dépense donc en gros "maintenant, vous allez nous envoyer votre activité et puis vous allez enlever ça et ça". Donc oui, on a des subventions municipales mais qui elles aussi se réduisent* ».

directrice « *nous a été versé l'année dernière et continue de l'être cette année et va permettre de colmater certaines brèches et renflouer la trésorerie des uns et des autres mais ce n'est pas pérenne* ».

2.3 Les problématiques liées à la diversification

2.3.1 *Les risques de remise en cause de l'identité associative*

Une première difficulté consiste pour cette association à conserver son identité sociale, en ne basculant pas vers du « service à la personne » et en préservant les conditions d'emplois et de travail. Cette problématique se retrouve dans d'autres associations qui portent les valeurs de l'Economie sociale et solidaire (ESS) et est même formalisée dans certaines. C'est notamment le cas d'une autre association du territoire O qui met en ligne sur son site une charte intitulée « projet associatif » exposant les valeurs de l'ESS[52]. Elle est également très présente chez les représentantes syndicales rencontrées. Lors d'une réunion régionale sur le maintien à domicile organisée par le CFDT (mais aussi lors des entretiens individuels), une grosse association sur la région employant près de 2 000 employés – qui a largement diversifié ses activités vers notamment du service à la personne – était vivement critiquée. Outre qu'elle est perçue comme un concurrent sérieux qui absorbe le marché (en raison notamment du nombre de personnes qu'elle emploie et des tarifs particulièrement bas qu'elle pratique), elle est présentée comme « une entreprise » menée par un « gestionnaire », dans lesquelles les conditions de travail et d'emplois sont particulièrement dégradées. Mauvaise gestion des salariés mais aussi activités écartées de l'aide sociale : les critiques sur cette association illustrent les craintes de dérive des associations du secteur vers le service marchand et la défense d'une identité ESS[53].

2.3.2 *Une diversification nécessitant un appui gestionnaire*

La diversification, notamment en cas de fusion n'est pas sans poser de problèmes dès lors qu'elle suppose d'absorber des personnels que la structure n'est pas toujours en capacité d'intégrer. C'est ainsi que le CG du territoire O explique :

« *Là un service autorisé a fusionné en 2013 avec une association qui dispose d'un service mandataire et ils ont eu des difficulté en 2013 et ça continue parce qu'il y avait du personnel à intégrer trop qualifié par rapport aux attentes et pour l'instant ils ne sont pas encore à licencier ... C'est vrai qu'on est sur une politique où on dit "il faudrait que les petites asso fusionnent, mutualisent" mais derrière, il y a des effets ... Donc là il y a une personne qui est à un an et demi de la retraite donc ils l'ont mis sur le volet qualité mais ils n'avaient pas besoin d'un responsable de secteur; donc parallèlement ils ont du mal à recruter sur le personnel d'intervention* ».

Ajoutons que la mutualisation des moyens peut constituer une ressource pour les associations, mais elle n'est pas toujours une solution efficace, comme l'explique cette représentante syndicale d'une association dans le territoire N :

[52] Plusieurs items composent cette charte parmi lesquels : l'utilité sociale au service des usagers, l'utilité sociale en faveur des salariés, l'utilité sociale au service de la société.
[53] Cf. section 3, chapitre 5 pour une présentation de cette association.

« Le groupement où j'étais avant, le GAS (groupement d'action sociale), les administratifs étaient sur le manche du râteau et chaque structure était une dent du râteau donc vous aviez [l'association la ville L.] qui s'occupait des personnes âgées sur le secteur de L., il y avait [l'autre structure] qui était une structure mandataire, [une autre] qui était également du mandataire et même du lucratif et chaque dent comme ça et [une autre] aussi. Donc on basculait des sous de l'un à l'autre quand ça n'allait pas ».

Si ces formes d'organisation peuvent constituer une ressource en cas de défaillance d'un partenaire, elles comportent également le risque de dégrader la situation économique des autres structures.

Aussi, pour que les fusions/regroupements puissent renforcer l'activité d'associations et permettre d'assurer le maintien du service, elles supposent des compétences gestionnaires. Parce que les financements sur projet ou les subventions ne sont pas pérennes, parce que la recherche de nouveaux financements génère des coûts d'apprentissage, de gestion et de prospection, on peut se demander dans quelle mesure et à quelles conditions ce processus de diversification peut constituer une solution pertinente et stable dans un contexte de rationalisation des financements publics. Enfin, comme nous allons le voir notamment en présentant une association du territoire O dont l'activité est largement diversifiée (cf. section 3, chapitre 5), la diversification ne garantit pas la qualité de l'emploi du secteur associatif. Comme le soulignent Julien Maisonnasse, Katia Melnik, Francesca Petrella et Nicole Richez-Battesti (2010), « *La formation, les actions d'amélioration des conditions de travail, l'ensemble des actions visant à l'amélioration de la qualité de l'emploi, génèrent une augmentation des coûts, notamment à travers la valorisation salariale et la multiplication des temps collectifs, temps par définition non facturé. Or la question est de savoir comment les OASP peuvent supporter ces coûts* ». C'est à cette question que nous allons réfléchir maintenant en montrant la façon dont les associations cherchent à contenir ces coûts et l'effet de ces pratiques sur la qualité de l'emploi et sur le service rendu.

CHAPITRE 5 : Transformer les conditions d'emploi et de travail pour diminuer les coûts

De nombreux dispositifs publics se sont succédés dans l'aide à domicile pour structurer et professionnaliser ce segment du marché du travail, précarisé et féminisé dans les emplois d'exécution voire d'encadrement. Cela s'est notamment traduit par la mise en place de mesures, impulsées par les mobilisations syndicales et des associations, relatives à la formation et la qualification des salariées du secteur qui ont contribué à améliorer l'attractivité des métiers : reconnaissance des acquis de l'expérience, création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) accessible par la formation initiale (contrairement au CAFAD), accord de branche de 2002 sur les emplois et les rémunérations revalorisant en particulier les métiers de l'intervention, convention collective de 2012. Or dans un contexte de contraction des financements, on observe des formes de rationalisation des coûts, sous l'injonction directe ou non des pouvoirs publics. Elles s'accompagnent d'une dégradation des conditions d'emploi qui se traduit notamment par une baisse des opportunités d'accès à la formation diplômante, par une remise en question des accords d'entreprise, mais aussi par une transformation du travail et une baisse de la qualité du service rendu au public.

1 La dégradation des conditions d'emplois

On présentera ici les diverses stratégies mises en place au sein des associations que nos entretiens avec les pouvoirs publics et acteurs associatifs (direction et représentants du personnel) ont permis d'observer.

1.1 Jouer sur les contrats de travail

Si le statut mandataire peut être mobilisé pour pallier la difficulté de proposer des services d'aide à domicile la nuit sous statut prestataire (en raison des dispositions prévues dans la convention collective), et ainsi renforcer l'activité des associations, ce statut est également utilisé par les structures pour proposer des services d'aide à domicile à moindre coût. Elle permet de mutualiser les coûts d'encadrement (TRABUT, 2014) en offrant un complément d'activité aux salariés qui peuvent intervenir selon les trois modes : mandataire, prestataire et emploi direct. Notons que dans les territoires étudiés, cette valorisation du mandataire n'était pas impulsée par les pouvoirs publics. Il serait pertinent d'élargir l'analyse à d'autres territoires pour voir dans quelle mesure elle peut être mobilisée par les CG comme une démarche permettant de gérer les manques de financements.

Dans une même optique de réduction des coûts, le recours à des avenants est évoqué par les représentants syndicaux comme une manière de faire croître ou décroître le temps de travail contractuel afin d'éviter de payer des heures majorées.

« Quels sont les problématiques des responsables de secteur ?

Là actuellement, beaucoup de responsables de secteur sont en surcharge de travail, burn out, des pressions, mauvaises conditions de travail. Ils ont des pressions de la direction par exemple pour faire des avenants à la hausse, pour ne pas payer les heures complémentaires… des pressions pour ne plus faire ou limiter les groupes d'échange et de soutien, ça coûte trop cher… ».

1.2 Jouer sur la qualification

Alors que l'on a observé le développement de la formation et de la professionnalisation du secteur avec la création de filières de formation initiale ou continue, alors que l'on a favorisé le développement de la validation des acquis de l'expérience (VAE), dans la récente période de contraction financière, certains financeurs semblent mettre l'objectif de professionnalisation au second plan derrière le maintien des services. C'est notamment le cas des conseils généraux dans les départements étudiés. Les personnes interrogées relatent en effet des formes d'injonctions plus ou moins explicites de la part de ces derniers destinées à limiter les formations qualifiantes avec pour objectif d'éviter l'élévation du niveau de qualification des salariés et de maîtriser le ratio personnels qualifiés/personnels non qualifiés. En effet, « *l'ancienneté du personnel, surtout couplée avec le niveau de qualification, a un impact déterminant sur le volume de la masse salariale* » (IGAS/IGF, 2010, p.16). Comme le souligne la directrice :

« *On nous demande de ne pas trop former nos salariés parce que ça coûte trop cher. Donc on est dans un système ubuesque où d'un côté on a une population dont la situation au domicile s'aggrave, du moins une précarité s'installe ; on a des salariés qui veulent bien y aller mais qui n'ont pas forcément le diplôme ou les compétences pour et puis on nous demande quand même d'y aller mais on nous le dit pas trop parce que ça coûte trop cher : tout ça fait qu'on arrive à un moment où on ne sait plus trop comment gérer des situations. Donc nous on fait des formations en interne, on fait évoluer les salariés, je dirais que c'est la seule chose qui nous reste à peu près en ce moment* ».

Ainsi, si les dispositifs de formation ont été mis en place, les moyens pour accompagner les nouveaux salariés dans des emplois presque entièrement financés sur les fonds publics ne sont plus disponibles. La professionnalisation par la formation, qui a été directement portée par ces financeurs, se voit aujourd'hui freinée et ce d'autant plus que le glissement vieillissement technicité n'a pas été anticipé, ni par les structures ni par les CG. Une responsable du CG dans le territoire O explique ainsi :

« Moi ce que je ressens, c'est que la question ne se pose même pas, on a un pourcentage d'évolution tellement minime pour chaque tarif parce que le budget global du CG est tellement contraint, donc la discussion de savoir si on forme ou pas, aujourd'hui elle ne se pose pas. On est plus dans du conseil, dans l'alerte, à dire "attention, vous n'allez pas tenir si vous formez trop votre personnel, on ne pourra pas vous augmenter"... mais les services ont bien compris les enjeux ».

Des plans de formation sont mis en place au sein des structures - et sont d'ailleurs valorisés par les financeurs - sans qu'ils permettent d'accéder à la qualification. Or, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de juillet 2014 : « *La qualification des salariés est enfin un enjeu majeur. Malgré des efforts de professionnalisation, l'emploi reste marqué par un faible recours à la formation, la politique menée variant considérablement d'une branche à l'autre. Si le besoin en formation est différencié selon les activités et les modes d'intervention, l'organisation actuelle ne permet pas de répondre à la nécessaire montée en compétence des intervenants au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans ce cadre spécifique, il est manifeste que la tarification pratiquée pour les services prestataires limite la progression du niveau de formation des personnels* ». Et le rapport de préciser que le secteur souffre également de l'absence de lisibilité des offres de formation, en incitant à simplifier le système.

1.3 La remise en cause des accords d'entreprise

Dans la même logique de maîtrise des coûts, on observe une remise en cause par les pouvoirs publics de certains accords d'entreprise qui avaient été négociés et mis en place dans certaines structures. C'est par exemple le cas d'une des associations étudiées au sein de laquelle un accord plus avantageux que la convention collective en vigueur prévoyait une indemnisation des frais de transport. Comme pour les questions de formation, ces conditions d'emplois plus favorables pesant sur la masse salariale, l'association s'est vue contrainte par le Conseil Général de le supprimer. C'est ce qu'explique cette directrice :

« *La seule chose qui est opposable au CG c'est la convention collective, donc tout ce qui est dans la convention collective leur est opposable : la valeur du point, les indices de salaire, les congés d'ancienneté, tout ça, mais tout ce qui est en dehors donc tous les accords d'entreprise internes qu'on a pu nous mettre en place, ils sont en droit de les refuser, c'est-à-dire que demain, si on négocie un accord d'entreprise avec les RP qui dirait prime d'intéressement pour tout le monde en 2014, le CG dirait : "c'est votre problème, pas le mien ", Il serait même plutôt à regarder ce qu'on a dans nos accords d'entreprise pour les dénoncer et faire des économies là-dessus. C'est arrivé juste avant que j'arrive en 2011, il a été demandé qu'il y ait une dénonciation d'un accord d'entreprise pour des frais de déplacement des aides à domicile PAPH notamment. L'accord d'entreprise, je crois sous réserve que c'était une prime qui était attribuée aux salariés, le CG a dit "non on ne paye pas ça". Cela a été dénoncé et supprimé* ».

Cette tendance à la dénonciation d'accords met en évidence l'influence directe des décisions des financeurs publics sur la dégradation des conditions d'emplois des salariés du secteur dans un contexte de restriction budgétaire.

Ainsi, la tarification des services d'aide à domicile, qui constitue un rouage essentiel dans la régulation de ce secteur, a un impact majeur sur les conditions d'emploi. Les structures doivent en effet facturer leur intervention à un tarif arrêté par le président du Conseil général qui correspond à une dépense pour acheter une heure d'aide auprès des structures tarifées. Dans un contexte de mise en concurrence avec d'autres acteurs du service à la personne et de réduction des coûts, les acteurs associatifs voient leurs marges de négociation face aux pouvoirs publics réduire.

L'enjeu est de taille car comme le signalent certains auteurs (CROFF, MAUDUIT, 2003), la formation n'est pas l'unique clef pour renforcer la professionnalisation de l'aide à domicile, qui suppose également des emplois plus proches de l'emploi moyen en termes de durée du travail, de revenus, et de perspective d'évolution (MARUANI, 2011). Les contraintes induites par la diminution des financements semblent peser à la fois sur la capacité du secteur à promouvoir et à rémunérer des personnels formés, mais aussi remettre en cause les quelques améliorations des conditions d'emplois obtenues ces dernières années par l'intermédiaire des accords d'entreprise.

2 Transformations des conditions de travail

En plus de cette dégradation des conditions d'emplois, la rationalisation et la baisse des dépenses publiques s'accompagnent également de nouvelles problématiques qui renforcent la détérioration des conditions de travail des intervenantes de l'aide à domicile. On insistera ici sur la baisse des temps d'intervention et le glissement de tâches.

2.1 La baisse des temps d'intervention et ses conséquences

La rationalisation de la dépense publique passe par une baisse des temps d'intervention. Comme l'explique ce représentant syndical :

« L'enveloppe étant contrainte, la demande explosant … aujourd'hui un CG qui a affaire à une multiplication des personnes âgées qui demandent ce type d'intervention, il est évident qu'il n'a pas d'autre choix : soit il augmente l'enveloppe – ce qu'il a fait à un moment donné dans les années 90 – soit, s'il est dans une enveloppe contrainte et bien il va limiter le temps d'intervention ».

Cette réduction du temps des interventions est pointée pour l'ensemble des associations étudiées, même si elle est plus ou moins forte selon les structures, les métiers et les territoires. La crainte d'une dégradation de la situation est patente dans les propos des acteurs associatifs. Ainsi une directrice précise :

« Il y a des CG qui demandent de faire des interventions d'une ½ heure ! Donc en gros vous y allez, vous fermez les volets, vous couchez et vous vous en allez. Quand on parle d'évolution des conditions de travail, c'est ça ! A un moment on faisait deux heures puis 1h30 puis 1h et maintenant on nous demande de faire des ½ heures…On parle de bientraitance, de maltraitance…comment voulez-vous en ½ heure ?? Imaginez-vous, tout jeune que vous êtes, vous vous retrouvez cloués au lit, et ben ½ heure vous allez trouver ça un peu dur…sauf que vous rajoutez l'âge, des facultés beaucoup plus réduites etc., etc.…Donc on parle de maltraitance dans certains cas et plus vous faites des ½ heures, plus vous faites de déplacements … Tout ça fait que ce sont des conditions de travail compliquées. »

Les professionnels rencontrés, quand ils sont amenés à évoquer leur travail, insistent sur les conséquences négatives de ces injonctions des pouvoirs publics non seulement sur leurs conditions de travail mais aussi, au final, sur le service rendu.

En effet, d'abord la baisse des temps d'intervention pour un usager va de pair avec une augmentation du nombre d'usagers ou de familles suivis par une aide à domicile. Cet accroissement du nombre d'usagers servis suppose dans le même temps des déplacements plus nombreux, fatigants et coûteux. Cette question est au cœur des revendications syndicales dans

un secteur où les rémunérations sont particulièrement basses. En plus de l'absence d'augmentation de la valeur du point depuis 2009, l'augmentation des déplacements constitue un coût supplémentaire pour les salariés (compte tenu du faible montant des indemnités kilométriques, de l'absence de voiture de fonction...). C'est ce qui ressort des propos de cette salariée :

« C'est un travail qui coûte de l'argent. Quand on doit se déplacer avec son véhicule toute la journée, ça coûte de l'argent et on ne peut pas dire "oui mais il y en a d'autres qui sont payés comme vous et ils ne se plaignent pas". Mais ces personnes-là elles font peut-être huit heures dans la même entreprise, avec la voiture sur la même place et elles n'ont pas les problématiques de personnes qui se déplacent, sans compter la fatigue, le risque routier, l'usure de la voiture et l'entretien ».

Comme le soulignent François-Xavier Devetter et Djamel Messaoudi dans un article de la *Revue de l'Ires* : « *un des facteurs déterminant les variations du salaire est le temps et la fréquence des déplacements entre les domiciles des personnes aidées. Souvent, ce temps n'est pas rémunéré et parfois les frais de déplacement sont en partie ou en intégralité à la charge du salarié. Ainsi, toute augmentation du temps de travail s'accompagne de la multiplication des déplacements entre les personnes aidées et peut se traduire par une perte de salaire (temps non rémunéré et frais de déplacement)* » (DEVETTER, MESSAOUDI, 2013, p.58).

La baisse des temps d'intervention contribue également à renforcer le morcellement des emplois du temps et complexifie la gestion des plannings. Ce problème de gestion est majeur pour les associations qui sont confrontées à une série de contraintes. Outre la gestion des imprévus inhérents à l'aide à domicile, les structures doivent s'adapter aux demandes des usagers. En effet, avec l'externalisation de l'activité vers un service privé, l'usager a la liberté de choisir une organisation du travail à sa convenance. Comme le note Jens Lundsgaard, « *le fait de laisser le choix à l'usager incite les prestataires à recentrer leur attention sur les besoins des usagers et à améliorer leur efficience, sous réserve que le libre jeu de la concurrence ne soit pas entravé* » (LUNDSGAARD, 2002, p.92). Cette focalisation des prestataires sur les besoins des usagers oblige les structures d'aide à fournir un service au plus près des attentes. Pascal Ughetto, Nathalie Besucco, Michèle Tallard et Christian du Tertre observent alors que les fournisseurs de services opèrent un « *passage des simples stratégies de qualité à [celle d'une] logique client* » » (UGHETTO *et alii*, 2002, p. 88). Cela se traduit par une demande de disponibilité temporelle contraignante subie par les salariés, (DUSSUET, 2005, 2002 ; GADREY *et alii*, 2004 ; DEVETTER, 2001) avec pour principe de « *satisfaire les clients en prenant en charge leurs demandes spécifiques* » (UGHETTO *et alii*, 2002, p. 88). Les propos de cette représentante syndicale illustrent les tensions que ces contraintes font émerger :

« *Les ¾ des gens chez qui nous intervenons, c'est logique, ils veulent être servis à la même heure (...) on ne peut pas non plus multiplier le nombre de salariés disponibles entre 8 et 9h parce que c'est la chose qu'ils souhaitent et dont ils ont besoin…* ».

Les associations doivent également tenir compte des injonctions des pouvoirs publics. C'est le cas par exemple pour les TISF qui, dans le cadre des politiques ASE, ne peuvent intervenir

auprès des familles qu'en présence de l'enfant, avec pour conséquence des périodes de creux dans leur emploi du temps lié aux rythmes scolaires.

Ensuite, le fractionnement d'une intervention (qui comprend une partie aide à la personne et une partie aide strictement ménagère) sur deux personnes différentes, outre le fait qu'il induit un coût supplémentaire de déplacement, peut constituer pour le bénéficiaire un élément perturbateur. Comme le souligne Florence Gallois (2013), l'option qui consiste à « *fractionner les interventions en réduisant la durée et en recentrant le service sur des actes prioritaires pour permettre le maintien à domicile (...) a des répercussions négatives à la fois sur le bénéficiaire puisque la prise en charge est partielle, sur la famille qui pourra être amenée à compenser la réduction de la durée des interventions, et sur l'association, le fractionnement des interventions ne conduisant pas à une réduction des couts de production de même ampleur compte tenu de l'existence de coûts fixes par intervention (temps et frais de déplacement, contraintes organisationnelles…)* ». Il faut noter d'ailleurs que le rapport IGAS/IGF (2010) (cf. encadré 11) recommande, dans une optique de maîtrise des coûts, de limiter la baisse des temps d'intervention.

Enfin, la baisse des temps d'intervention s'accompagne d'une dégradation de la qualité du travail. Comme le souligne Emmanuelle Lada (2011), le travail est divisé en tâches spécialisées et standardisées, dont chacune peut faire l'objet d'une prescription temporelle précise, indépendamment du contexte dans lequel elle s'exerce. Cette gestion comptable de l'activité ne permet pas de prendre en compte le travail réel mené par les aides à domicile. On le voit dans les propos de cette aide à domicile :

« C'est une gestion de la tâche à accomplir comptable, c'est-à-dire en un temps on peut faire ça et ça, le relationnel et tout ce qui est important dans le travail et qui permet de faire ces tâches-là et d'intervenir auprès des gens n'est pas comptabilisé ».

Cela se traduit par une « *pression temporelle* » (LADA, 2011) pour les salariées qui subissent, en même temps qu'elles absorbent, au final cette contrainte. Lors d'une réunion syndicale du maintien à domicile, cette problématique est apparue centrale et partagée par l'ensemble des représentantes syndicales, comme l'illustre cette série d'échanges :

« X : Oui, je veux revenir sur un problème des interventions que nous faisons, on en arrive à faire dîner des gens à 17h30 !
Y : et fermer les volets en partant….en hiver c'est moins gênant mais en été…
X: c'est une horreur, c'est une horreur ! On ferme les volets à 18h30 en partant, c'est une aberration. Mais on se sent maltraitant, mais comme on est maltraité mais enfin, moi je me sens maltraitante… [Les autres acquiescent] ».

Contraintes d'accepter cette organisation, les intervenantes à domicile subissent la dégradation de la qualité du service rendu, source d'insatisfaction forte dans leur travail et de questionnements sur leur rôle. Elles sont également amenées à compenser les failles de l'organisation en pratiquant des dépassements d'heures, pratique inévitable dans cette relation de service (en dépit de la mise en place d'une badgeuse destinée à contrôler leurs horaires) mais renforcée avec la baisse des temps d'intervention. Cette salariée explique ainsi :

« *Ah des dépassements d'heure oui bien sûr, c'est simple, au moment où on part, la personne tombe, on reste ; la personne âgée qui veut faire pipi au dernier moment; la personne qui ne veut pas qu'on parte ; il y en a, ça peut attendre demain mais d'autres non* ».

2.2 Le glissement de tâches

Le glissement de tâches - si l'on entend par là le fait que des professionnels exercent des activités qui ne relèvent pas de leurs qualifications et champs d'intervention - est présenté par les personnes rencontrées comme l'un des effets pervers majeurs de la baisse des financements publics.

Il s'opère de deux manières : d'une part le glissement de tâches entre les différentes professions de l'aide à domicile, qui est le plus souvent ascendant (quand une salariée remplit les fonctions d'une salariée de catégorie supérieure), et plus rarement descendant (cas inverse) ; et d'autre part le glissement de tâches entre les professionnels de l'aide à domicile et le secteur sanitaire.

Ces deux types de glissement de tâches peuvent s'exercer dans le cadre du travail quand une salariée réalise des actes ne relevant pas de sa qualification pour faire face aux demandes de certains usagers ou aux contraintes de l'organisation - notamment problème des temps d'intervention courts ou de coordination avec les différents professionnels qui interviennent au domicile. C'est ce qui ressort des propos suivants :

« Les pansements, on ne peut pas les faire ; les bas de contention, on est censé pas les faire, c'est un acte infirmier mais on les mets, je ne parle pas des bandes, mais les bas si. »

Le glissement de tâches entre les différentes professions de l'aide à domicile apparaît également pour gérer une pénurie de personnel, ponctuelle ou pérenne. Cette tendance se renforce dans le contexte de rationalisation des dépenses publiques pour deux raisons majeures. Premièrement, on constate une injonction des pouvoirs publics à limiter la part des personnels qualifiés dans les structures (comme nous l'avons vu). Deuxièmement, dans la mesure où la baisse des financements publics affecte plus généralement l'ensemble des services de soins aux personnes dépendantes, les problématiques/pathologies des usagers suivis par les aides à domicile sont de plus en plus lourdes. C'est ce que dénonce ce militant syndical :

« *Il y a un gros problème aussi de ce point de vue-là, au niveau psychiatrie on a fermé des lits. Mais c'est nous qui les avons hein, c'est nous qui les avons ! Ils reviennent au domicile ... .parce que les infirmiers qui les suivaient maintenant ne peuvent plus les suivre qu'une fois par mois dans certains cas. Donc on a mis le relais au niveau des aides à domicile avec toute la problématique que ça engendre... »*

Les associations sont donc confrontées à des injonctions contradictoires : gérer des situations nécessitant des personnels plus qualifiés et réduire le niveau de qualification des salariés. Pour y faire face, les structures rencontrées, contraintes de ne pas faire de formations qualifiantes ou de ne pas recruter de personnels qualifiés, peuvent proposer, on l'a vu, des formations internes (non diplômantes) aux salariées, pour que celles-ci soient en mesure des gérer des

situations de travail ne relevant pas de leur attribution. Ce mécanisme tend alors à pérenniser le glissement de tâches dans l'aide à domicile, même si cette solution n'est pas envisagée comme une solution pérenne et efficace dès lors qu'elle ne respecte pas le cadre légal. Selon cette directrice :

« On est confronté à des salariées, et je dirais que légalement elles ont le droit, le WE – il faut savoir que les interventions du WE, surtout du dimanche vont être sur des actes qu'on appelle « essentiels de la vie quotidienne », on ne va pas faire de ménage par exemple, on va y aller pour la toilette, la nourriture etc. – sauf que quand on n'a pas assez de catégories C [les plus formées] pour faire les roulements du WE et qu'on envoie des A, la fille va me dire "mais attendez, je suis désolée je ne vais pas travailler le WE moi, je ne suis pas payée pour ça, je ne suis pas formée pour ça, je ne suis pas payée pour ça" ! Juridiquement ça pose problème parce qu'effectivement c'est imparable, elles ont le droit de dire ça ».

Ainsi, la baisse des temps d'intervention et le processus de glissement de tâches révèlent l'instabilité du périmètre d'activité des métiers de l'aide à domicile. Cette problématique est centrale dans les propos des représentantes syndicales qui y voient un manque de reconnaissance de leur profession. On observe un risque pour les aides à domicile et plus généralement pour le fonctionnement de ces associations : celui de la non-prise en compte de temps nécessaire à la réalisation de l'activité professionnelle. En particulier « *les contraintes de déplacement non comptés dans le temps de travail et dans les plannings deviennent facteurs de risque, à travers la fatigue et la pression qu'ils imposent* » (DUSSUET, 2013, p. 82). Plus globalement, différents temps ne sont pas inclus dans le temps de travail et donc ne sont pas toujours rémunérés (signature des plannings, passages à l'agence, suivi de réunions d'information ou même de formations). « *Ces situations, loin d'être anecdotiques, impliquent divers investissements ou dépenses de la part de la salariée pour qu'elle puisse exercer son activité* » (DEVETTER, MESSAOUDI, 2013, p. 59). De plus, l'absence de reconnaissance du travail liée à son invisibilité empêche les salariées de donner un sens positif à leur travail et la pénibilité est davantage ressentie (DUSSUET, 2013).

Ainsi « *le mode de financement actuel de l'aide à domicile tend (...), à travers une tarification à l'heure, à privilégier la seule partie visible des interventions, le travail direct effectué au domicile, en considérant comme "non productif" le travail indirect réalisé hors domicile par l'encadrement ou par les salariées elles-mêmes, que ce soit par leurs déplacements ou dans les rencontres entre professionnelles* » (DUSSUET, 2013, p.95). C'est la question de la définition du travail qui devrait être posée.

3 Permanence de problèmes dans une association financièrement stable

Si l'on a pu décrire des formes d'injonctions de la part des pouvoirs publics ou des stratégies des associations pour réduire leurs coûts, il convient de préciser que la stabilité économique ne garantit pas de bonnes conditions d'emploi et de travail. C'est ce que révèle l'étude d'une association présente depuis près de 40 ans sur le territoire O et qui n'est pas concernée par ces problèmes financiers.

Structurée autour de 13 antennes locales (aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine), elle emploie près de 2 000 professionnels qui interviennent auprès de près de 22 000 personnes. Elle a mis en place une diversification de ces prestations, puisque les prestations de l'aide à domicile auprès des personnes fragiles ne représente que 50% de ses activités - elle réalise la moitié du volume d'heures APA du CG, l'autre partie est liée à des prestations de confort, auquel il faut ajouter l'activité mandataire. Les services qu'elle propose sont variés[54]:

- ✓ aide aux personnes âgées, en situation d'handicap ou sorties d'hospitalisation (en mode prestataire ou mandataire).
- ✓ services ménagers à savoir : entretien du logement, entretien du linge et repassage à domicile, nettoyage des vitres, courses et préparation des repas à domicile. Sans frais d'entrée, ni abonnement (proposition d'une adhésion à l'association), l'heure est facturée à 20,15 euros en mode prestataire. En mode mandataire, pour 25 heures mensuelles, le tarif horaire est de 17,85 euros (pour les usagers ne bénéficiant pas de l'exonération des cotisations patronales de Sécurité Sociale).
- ✓ garde d'enfants incluant garde d'enfants au domicile, aide aux devoirs à domicile, sortie d'école (en mode mandataire ou prestataire).
- ✓ garde de nuit, avec un abonnement mensuel facturé à 18,80 euros (abonnement unique pour un couple) (et réduction ou crédit d'impôt de 50 % possible) auquel s'ajoute des interventions à la demande (8,63 euros pour 15 min ou 14,14 euros pour 30 min).
- ✓ téléassistance (la personne âgée ou handicapée dispose d'un médaillon à porter et qui, sur pression de sa part, déclenche un appel vers un centre de téléassistance. En fonction de la situation, les opérateurs qui reçoivent l'appel contactent l'entourage de la personne (famille, amis, etc.) ou les services de secours si nécessaire. L'abonnement mensuel pour le référencement est de 12,55 euros (des aides financières sont possibles), les interventions quelle que soit la durée à 14,14 euros.
- ✓ aide aux aidants familiaux. Une partie du coût de l'intervention est financée par l'adhésion annuelle à l'association. Le complément est à la charge de l'usager en fonction de ses revenus. Le CCAS de la ville apporte une participation financière quels que soient les revenus et la situation (seule ou en couple) de la personne aidée. La prestation est facturée à la personne, de 3,10 à 8,28 euros de l'heure.
- ✓ différents forfaits (pour le déménagement, des services en cas d'absence du domicile, de garde d'enfants etc.) modulables et à des tarifs variés.

Ces services révèlent un modèle économique basé sur la diversité des activités et notamment dépassant l'aide aux personnes fragiles. Cette association est d'ailleurs présentée par l'ensemble des autres acteurs associatifs mais aussi par les pouvoirs publics comme une « entreprise » au fonctionnement bien éloigné des autres associations du secteur. Elle dispose également d'une société civile immobilière (SCI). Sa stabilité économique semble donc assurée comme le souligne une responsable syndicale qui travaille dans la structure :

[54] Les informations sont notamment disponibles sur le site internet de l'association. Le directeur - qui depuis l'enquête a quitté ses fonctions - n'a pas souhaité nous rencontrer.

« Quels sont les financements?

Une grosse partie est faite de subventions et d'aides, l'APA et tout ça, mais tout n'est pas dépensé, l'argent est placé, on peut vivre deux mois et demi sans entrée d'argent. Si on avait plus un rond qui rentre, l'association pourrait vivre 2 mois et demi et je ne vous parle de la SCI puisqu'on ne sait pas ce qu'il y a. »

Cette stabilité économique est renforcée par le fait que l'association a développé une stratégie de communication qui la place comme un prestataire incontournable de l'aide à domicile sur le territoire. Il est donc intéressant de voir ce qui du point de vue de la qualité de l'emploi la distingue ou non des autres associations du secteur.

L'association peut d'une part proposer à ses salariés des heures plus nombreuses (cela constitue un avantage dans ce secteur où les temps partiels sont la norme). D'autre part, si elle suit les recommandations des financeurs en termes de gestion de sa masse salariale (qualification et structure d'emplois), elle peut encore, contrairement à d'autres structures, embaucher des aides à domicile sur des emplois qualifiés (auxiliaires de vie sociale) et mettre en place des plans de formation y compris qualifiant via notamment la VAE. Cela corrobore le fait que l'absence ou la faiblesse de financement constitue un frein à l'accès aux qualifications et à des temps moins partiels.

Sur les autres indicateurs de qualité de l'emploi en revanche, l'entretien avec une des représentantes syndicales employée dans la structure révèle que les conditions d'emploi et de travail sont particulièrement dégradées :

- ✓ les rémunérations sont basses, les frais de déplacement insuffisamment pris en compte, de même que le travail invisible (notons néanmoins que la couverture du territoire et le zonage permet d'éviter des déplacements trop lointains pour les salariés).

- ✓ Il existe un problème de professionnalisation des responsables de secteur qui exerce une pression sur les aides à domicile, responsables de secteur elles-mêmes débordées suite à la baisse de leurs effectifs, consécutives à la rationalisation de l'organisation.

- ✓ S'y ajoutent des problèmes de santé au travail (arrêt maladie, harcèlement...) se traduisant notamment par un fort *turn over*.

- ✓ Enfin, le non respect des conventions collectives et du droit du travail est fréquent. Le directeur est en procès avec plusieurs salariés et les représentantes syndicales travaillent en lien avec la médecine du travail et l'inspection du travail sur plusieurs dossiers.

Contrairement à certaines associations, les relations professionnelles sont marquées par une conflictualité importante. Néanmoins la présentation des conditions d'emploi et de travail dans cette association met en évidence d'une part que la diversification de l'activité ne s'accompagne pas de fait d'une meilleure qualité de l'emploi et d'autre part des problèmes

similaires à ceux rencontrés dans les autres associations sur lesquels nous voulons insister maintenant.

4 Une mauvaise qualité des emplois coûteuse

Malgré la mise en place de dispositifs publics destinés à professionnaliser le secteur et à améliorer les conditions d'emploi et de travail des aides à domicile, on observe que ces dernières restent particulièrement précaires. En effet, si les salariées de l'aide à domicile sont fréquemment en CDI, elles sont le plus souvent à temps partiel, avec des horaires très variables et des emplois du temps éclatés. Le temps partiel est souvent contraint mais peut être choisi pour pouvoir concilier vie privée et vie professionnelle, compte tenu notamment de l'annualisation du temps de travail qui s'accompagne en cas de temps plein de semaines excessivement chargées. Les rémunérations sont particulièrement basses (le point d'indice n'a pas évolué depuis 2009) et les compensations monétaires des déplacements sont réduites. La volonté de rendre un service le meilleur possible aux bénéficiaires (les personnes âgées ou en situation de handicap) peut même entrer en conflit avec une éventuelle augmentation salariale. Temps partiel, faiblesse des rémunérations, emplois du temps morcelées, pénibilité du travail et difficile reconnaissance des problèmes de santé au travail, absence de collectif : voilà quelques traits structurants du secteur.

Or ces conditions de travail et d'emploi de mauvaise qualité s'accompagnent de deux problèmes majeurs coûteux, les problématiques de santé et de *turn over*, les deux étant étroitement liés comme on peut le voir dans les propos de cette représentante du personnel :

« On a un recruteur un peu sauvage car il y a beaucoup de salariées compétentes qui sont parties, qui en ont eu ras-le-bol. Certaines ont diminué leur contrat car elles n'en peuvent plus. On a aussi des inaptitudes suite à des accidents ou des maladies professionnelles - on en a 3 ou 4 par mois. On a un turn over aussi énorme, peut-être 600 personnes qui tournent par an. Il y a des gens qui arrivent, ils restent 24 heures et puis ils foutent le camp ».

4.1 Les problèmes de santé

Comme le rappelle Annie Dussuet (2013), les coûts engendrés par les problèmes de santé dans ce secteur constituent des indicateurs d'alerte pour les organismes de protection sociale. Au niveau national, on compte plus d'un million de journées de travail perdues suite à ces accidents du travail, 200 0000 pour les maladies professionnelles et 166 000 pour les accidents de trajet. Cela s'accompagne de coûts via les indemnisations versées par la Sécurité sociale. Par exemple, au niveau de la région des Pays de la Loire, la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) a déboursé 6,4 millions d'euros en 2011 pour couvrir les risques professionnels des salariées des services à la personne.

Pour les employeurs associatifs, ces problèmes de santé s'accompagnent de difficultés dans la gestion des plannings d'intervention (déjà fortement contraints) en raison de l'absentéisme qui oblige à organiser des remplacements en urgence. Il faut également ajouter les inaptitudes et les difficultés de reclassement des salariés. S'il n'est pas possible de dénombrer les cas et

d'évaluer leur croissance éventuelle, ce problème est ressorti comme une préoccupation des associations.

Les partenaires sociaux sont s'impliqués sur ces questions de la santé au travail comme en témoigne l'avenant n°13/2013 visant à compléter les dispositions du chapitre IV du titre IV relatif à la santé et prévention des risques professionnels de la convention collective de la branche de l'aide de l'accompagnement, des soins et des services à domiciles. Selon l'article 21.6.5 : « *Dans chaque structure, un diagnostic des facteurs de risques psychosociaux doit être établi et évalué annuellement* » au travers d'un Document Unique d'Evaluation des risques professionnels. Plusieurs types de facteurs, source de stress professionnel, sont évoqués : facteurs liées aux exigences de travail ; liés aux relations de travail et au type de management ; facteurs liées au changement dans l'entreprise ; facteurs également liés à la conciliation vie professionnelle et vie privée. Ce diagnostic est à établir par un comité d'évaluation mis en place au sein du CHSCT quand il existe et donner lieu à terme à un plan d'actions de prévention soumis à la négociation. L'article précise que, si un accord est conclu, il aura une durée déterminée de 3 ans. La convention collective incite ainsi au déploiement d'une négociation au sein de l'entreprise et rend obligatoire la réalisation d'un diagnostic des facteurs de risque psychosociaux. Un bilan serait à dresser de la mise en place effective de ces types de démarches dans les associations.

4.2 Le turn over

Les associations font face à un *turn over* important et des problèmes de recrutement difficiles à résorber. La situation décrite par cette direction révèle bien la difficulté pour recruter dans ce secteur peu attractif :

« *Donc quand vous recrutez quelqu'un, vous allez lui dire : "ben voilà, vous allez faire 30 heures dans la semaine et puis vous allez faire tant de déplacements dans la semaine, vous allez être tout seule au domicile – parce que voilà, c'est le principe de l'aide à domicile, elle est seule sur le terrain quand même – vous n'allez pas rencontrer forcément des situations très faciles parce que…il y a des gens très sympas et puis il y en a qui sont en difficulté ; et puis il va falloir que vous fassiez des choses … parce que les aides-soignantes elles ne viennent pas, ou il n'y en a pas suffisamment, on va vous appeler parfois du jour au lendemain pour un remplacement parce que votre collègue est malade et il faut la remplacer, il ne faut pas laisser quelqu'un tout seul ; et puis…vous allez avoir des horaires un peu tordus, vous allez être obligées de manger dans votre voiture le midi parce que là faut attendre, et puis vous allez être payées au SMIC", voilà, ce n'est pas vendeur ! …On ne le dit pas en entretien, mais elles s'en rendent compte très vite de ça …* ».

Ce *turn over* génère des coûts difficiles à résorber et constitue un problème majeur du secteur. De nombreux travaux montrent que les services à la personne ont des difficultés dans le recrutement de leur personnel, avec des problématiques variables selon les structures. Pour certaines, la difficulté est plutôt quantitative, avec des obstacles pour trouver de nouveaux salariés. Pour d'autres, elle est plus qualitative, avec des difficultés pour trouver de nouveaux salariés correspondant à leurs attentes. Par ailleurs, certaines zones, notamment rurales, sont particulièrement touchées par ce manque de main d'œuvre. Ces frictions sur le marché du

travail montrent bien les difficultés d'un secteur, présenté pourtant comme un gisement d'emplois, pour attirer de la main d'œuvre et la nécessité d'améliorer les conditions d'emploi et de travail.

Dans un contexte où la maîtrise des budgets apparaît comme un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs publics, il est important de rappeler que l'amélioration des conditions d'emploi et de travail peut constituer un facteur de préservation de la santé des intervenantes et permettre d'éviter une augmentation des dépenses de santé.

CHAPITRE 6 : Action syndicale dans l'aide à domicile

L'aide à domicile constitue à bien des égards une « *activité professionnelle peu propice à la mobilisation collective* » (AVRIL, 2009), les freins à la syndicalisation y étant nombreux. Outre des conditions d'emplois et de travail particulièrement précaires, le travail à domicile permet difficilement de créer un collectif. Les militantes syndicales reconnaissent leurs difficultés à rencontrer et donc à mobiliser les salarié(e)s, même quand un local est mis à disposition des représentants du personnel. Une autre difficulté vient également de l'éclatement de la fonction employeur. Comme le soulignent Emmanuelle Puissant, Laurent Gardin et Nadine Richez-Battesti (2013), cet éclatement est double : soit il peut s'effectuer en interne (flou entre les responsabilités des employeurs bénévoles dans le cadre du conseil d'administration et celles des dirigeants salariés, éclatement entre le siège social des associations et une multitude d'antennes locales), soit en externe (flou entre les responsabilités des financeurs qui peuvent avoir un rôle dans l'organisation du travail et l'association juridiquement employeuse qui n'a pas la maîtrise de son enveloppe budgétaire). Dans les organismes associatifs prestataires orientés vers les objectifs d'aide aux personnes en difficulté qui ont motivé leur création, les responsables peinent parfois à se considérer comme des employeurs.

1 Les mobilisations syndicales des salariés de l'aide à domicile

Dans cette configuration, on observe néanmoins des formes de mobilisation collective.

L'une consiste à peser au niveau de la structure sur les orientations et décisions prises par l'employeur associatif quand la responsabilité des problèmes d'emploi et de conditions de travail lui est imputée. C'est notamment le cas face à des situations de non respect du droit dans la pratique quotidienne du travail (non respect des amplitudes horaires, des congés, harcèlement...). Les représentantes syndicales saisies ou non par les salariées exercent leur mission d'information et de défense face à la hiérarchie, voire même - dans les organisations au sein desquelles les relations professionnelles sont particulièrement conflictuelles - recourent à des instances extérieures (médecine, inspection du travail...). C'est également le cas dans des situations menaçant l'activité et les emplois de l'association. Un cas d'action collective a été ainsi relaté par des représentantes syndicales travaillant dans une association (composée de deux sous-structures implantées sur des départements différents dans le territoire O, avec par conséquent des financements de deux CG distincts) mise en redressement judiciaire. Les représentantes syndicales attribuent la responsabilité de cette

situation à la mauvaise gestion de l'employeur qui souhaitait licencier les salariés de l'une des sous-structures estimée non rentable. Selon les termes de cette militante :

« Il y avait un problème de financement mais surtout aussi de gestion au niveau des enveloppes d'heures, car les financeurs donnent un nombre d'heures. On dépassait toujours l'enveloppe, l'année d'après ils renflouaient les heures dépassées mais au bout d'un moment ils ne payaient plus. Il y a eu des dépassements dans plusieurs prestations. Plus on en faisait, plus on creusait le déficit. Donc bout à bout, il n'a pas pu payer les salaires, on l'a appris peu de temps avant [la mise en redressement], à la fin d'un CE, même pas 10 jours avant (...). Il a poussé l'asso au bout pour l'amener au redressement judiciaire (...). Au moment du redressement, l'administrateur judiciaire et le directeur disaient que c'était le département X qui avait posé des problèmes de déficit, il y avait 130 salariés, ils voulaient tous les licencier. Nous syndicalement on n'était pas d'accord sur les chiffres qu'ils annonçaient. Syndicalement, on s'est battu pour que le travail sur ce département reste. Il y avait aussi une autre structure qui pouvait la reprendre mais qui ne prenait pas les TISF. Mais un avocat pris par le CE a dit "on ne peut pas se séparer des salariés de [ce département], sinon ce sera un plan social et donc seront aussi concernés ceux de l'autre département, en raison des critères de licenciement". Au tribunal, je me souviens l'administrateur faisait des bonds mais il y avait des textes à l'appui et finalement le département X est resté. Mais les salariées de X n'y croyaient plus ; on a fait un gros boulot et apporté la preuve que plus il embauchait, plus ça coûtait alors qu'augmenter le temps de travail était mieux. On a fait plein de propositions qui ont été reprises dans le plan de continuation, notre fierté aussi, ça a duré 18 mois. Et puis l'autre directeur avait fait des entraves aux CE et CHSCT donc le CA l'a licencié, en rupture conventionnelle. Tout le monde est resté. Après le nouveau directeur, nous a beaucoup écouté parce que le dialogue social n'existait plus ».

La menace de perdre des emplois dont la responsabilité est attribuée à la mauvaise gestion de l'employeur déclenche une action syndicale avec recours à un expert qui trouve ici une issue favorable. Cet exemple de mobilisation montre la dualité de la fonction d'employeur. Le directeur est ici tenu responsable d'une mauvaise gestion relative à des interventions faisant réponse à une demande sociale de TISF mais non financées par le conseil général.

Une autre stratégie consiste à sortir du face-à-face avec l'employeur associatif, en agissant avec ou auprès des acteurs publics :

- ✓ L'inspection du travail et la médecine du travail peuvent être mobilisés dans le cas de conflit individuels ou collectifs de travail dès lors que le droit n'est pas respecté, comme c'est le cas au sein d'une des associations étudiées. Comme l'explique une des représentantes du personnel :

  « *Maintenant l'inspecteur du travail, on a décidé de partager : lui ne s'occupe que du collectif et nous on se charge de l'individuel. Donc quand des salariés portent plainte en individuel, c'est le syndicat qui s'en occupe, si elle accepte, après ça demande à être syndiquée, après elles peuvent prendre un avocat, là on a une collègue qui a pris un avocat qui a gagné, elle est allée jusqu'au bout. Mais c'est déjà une victoire quand elles vont jusque là parce que beaucoup ne font pas les démarches* ».

- ✓ Une autre stratégie consiste à sortir de l'entreprise, en agissant auprès des financeurs publics. C'est ainsi que dans le territoire O, les représentantes syndicales de la CFDT

ont mené une action collective en élaborant un document sur leur travail et leurs conditions de travail pour peser auprès des pouvoirs politiques :

« Ce qui a été fait au niveau syndical, ce qui nous a sauté au visage c'est que tous ces financeurs ne connaissent pas nos métiers, les politiques non plus et je pense que c'est ce qui nous met aussi en difficulté au niveau des enveloppes financières ».

Dans un contexte de baisse des financements qui devient le problème central, l'organisation n'apparaît plus comme l'espace pertinent pour agir. Cette mobilisation avait pour objectif de peser auprès des pouvoirs publics pour améliorer les conditions de travail et l'attractivité du secteur, en défendant l'utilité sociale de l'aide à domicile comme l'illustre cet extrait d'entretien :

« L*a revendication première qu'on a dans ce secteur, c'est bien autour de l'amélioration des conditions de travail, c'est-à-dire ne pas laisser les choses comme ça se dégrader et puis parce que ça a du sens, au niveau de l'intervention, puisque ça se répercute nécessairement sur la qualité qu'on peut apporter au niveau des différentes interventions. Bien sûr, si on veut rendre le secteur attractif, il faudra aussi revoir les salaires parce qu'on aura de plus en plus de mal à recruter... ».*

Dans cette configuration, les difficultés du secteur ne sont plus analysées comme relevant de l'association employeur mais des pouvoirs publics qui fixent le prix des interventions et les financent. On constate alors une forme d'atténuation de la conflictualité au niveau de l'entreprise qui se déplace vers le territoire. La plupart des représentantes syndicales mobilisées dans cette action tiennent des discours proches de ceux de la direction, que ce soit au sujet de l'introduction de nouvelles formes de management et de processus de rationalisation de l'organisation, ou pour expliquer les difficultés des associations. Les discours se rejoignent autour d'un problème commun, celui de la baisse des financements du secteur qui entre en contradiction avec l'augmentation des besoins de la population et se traduit par une dégradation des conditions d'emploi et de travail.

2 La branche comme ressource d'action

La participation à des réunions syndicales de branche constitue une ressource majeure pour les militantes de terrain. Dans les deux territoires de l'enquête, les réunions organisées régulièrement au sein de la CFDT sur le maintien à domicile - au niveau départemental dans un cas, régional dans l'autre - permettent aux représentantes syndicales de se réunir, se soutenir, s'informer des évolutions en matière de droit mais aussi de penser des actions possibles. Ainsi, la référente régionale de la branche dans le territoire O explique :

« En fait sur le groupe, nous nous réunissions syndicalement en branche car nous sommes tous, toutes sur liste syndicale CFDT relevant du maintien à domicile. Et il y a très longtemps, on s'est dit ce qui serait intéressant c'est de se réunir par association différente, nous sommes collègues même si nos employeurs sont parfois concurrents. Donc moi, j'ai toujours connu ça et la branche maintien à

domicile se rencontre une fois par mois pour parler des problématiques des uns et des autres. Mais ce n'est pas que ça. C'est aussi voir quelle action on peut mener sur le département vis-à-vis de tels ou tels financeurs, en disant "il y a une difficulté de financement dans tel et tel secteur" donc on se réunit, on prend rdv avec les financeurs, on fait des rencontres ».

Dans le territoire N, marqué également par le problème du manque de financement public, la stratégie de la référente régionale consiste plutôt à mobiliser les militantes de terrain pour qu'elles agissent au niveau de leurs structures, en les informant et en les formant sur leurs droits. Ainsi, la branche semble un niveau pertinent d'action collective dans le secteur des associations prestataires de l'aide à domicile, dans la mesure où elle constitue notamment un espace de ressources pour les militants de terrain.

Précisons néanmoins que l'application des dispositifs légaux et conventionnels suppose que les représentantes du personnel soient formées mais aussi une force de mobilisation qui le plus souvent repose sur l'engagement de quelques individus. Une représentante syndicale explique ainsi :

« Il n'y a pas de secret, comme il n'y a pas de temps c'est du temps personnel .... Il y avait une fille qui était aide-soignante, qui faisait des gardes itinérantes de nuit et elle avait 3 ou 4 personnes à surveiller la nuit, elle m'appelait à 2- 3 heures du matin en me disant: "il fait froid, je suis dans ma voiture, je ne sais pas quoi faire, j'ai deux heures d'attente", je lui disais "bah retourne chez toi" , "j'ai pas le droit, j'ai la voiture de service, je n'ai pas le droit". Je lui ai dit :"bah tu vas au commissariat de police, tu ne restes pas dans la rue à te faire agresser", parce que ce sont des coins pas bien famés. Donc je l'ai envoyée au commissariat, ce qui a fait que le commissaire il a appelé son responsable de secteur en lui disant "vous allez mettre un local à disposition de ces salariés". Mais voilà, la fille elle n'avait que moi à appeler à 3h du matin. Donc ces branches-là, ceux qui consacrent du temps, c'est à plein temps ».

Il faut également préciser que de nombreuses associations n'atteignent pas la taille les obligeant à organiser des institutions représentatives du personnel. Seules les plus grandes disposent par exemple d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Ainsi, la question syndicale est bousculée par les services à la personne, par des repères qui ne sont pas les siens : des emplois occupés par des femmes ; des environnements de service isolés et éclatés ; un travail exercé dans le domicile d'un particulier ; des relations d'emploi qui se confondent avec des relations marchandes (JANY-CATRICE, 2013). Cette situation n'est pas spécifique à ce secteur mais les particularités des services à la personne renforcent les difficultés. On pourra en particulier évoquer le fait que les salariés travaillent souvent sous différents régimes : prestataire, mandataire et emploi direct. Cela impose aux représentantes du personnel de terrain une connaissance des différentes conventions collectives que la structuration en deux fédérations au sein de la CFDT peut ne pas faciliter :

« *La fédération santé sociaux n'a que les prestataires de l'aide à domicile, la fédération des services a tout ce qui est mandataire et particuliers employeurs. Le souci c'est qu'on a beaucoup de structures, qui ont du personnel qui fait du prestataire le matin et l'après-midi du mandataire et quand on fait des*

réunions du maintien à domicile. Les filles je ne les écoute pas qu'à 50% donc leurs problématiques je les connais, j'ai la convention du particulier employeur, je peux les renseigner. Ça reste des salariés de la branche pour moi. Ça c'est simplement un financement pour les associations. Au départ les salariés ne savaient même pas qu'elles basculaient en prestataire ou en mandataire ».

Une deuxième difficulté pour l'action syndicale dans ces structures de l'ESS est de pouvoir agir compte tenu de la forte dépendance vis-à-vis des acteurs publics qui, plus encore dans un contexte de maîtrise des budgets, limite les marges de manœuvre des associations.

CONCLUSION

Le secteur de l'aide à domicile traverse des difficultés majeures. Les problèmes de financement s'accompagnent d'une dégradation de la qualité de l'emploi ainsi que du service rendu. De nombreux rapports pointent les dysfonctionnements du système. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement adopté le 17 septembre 2014 à l'Assemblée nationale vise à remédier à ces difficultés financières. On pourra noter la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile versée par les départements. Cette disposition doit bénéficier à 700 000 personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Le texte prévoit également une aide aux aidants de 500 euros par an et un « droit au répit » (un hébergement temporaire) destinés aux 4 millions d'aidants familiaux. Le coût total des mesures est estimé à 645 millions d'euros par an, financés en totalité par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), une taxe prélevée depuis le 1er avril 2013 sur les pensions de la moitié des retraités français. L'adoption du texte n'est pas définitive puisqu'elle nécessite l'examen du Sénat, au début de l'année 2015 pour une entrée en vigueur des mesures vers juin 2015.

Un rapport annexé au projet de loi d'orientation et de programmation d'adaptation de la société au vieillissement présente un « Plan pour les métiers de l'autonomie » qui a débuté avec la signature le 27 mars 2014 d'un accord EDEC (Engagement pour le Développement de l'Emploi et des Compétences). Ce plan pour les métiers de l'autonomie qui se décline en 19 actions (cf. annexe) affiche trois objectifs assez classiques que sont :

- « Favoriser et accompagner le développement des métiers de l'autonomie, leur mixité, pour répondre à des besoins croissants, tant en termes de services rendus à l'usager qu'au niveau des territoires.

- Engager la bataille de l'emploi**,** en contribuant, le plus largement possible, à l'effort de création d'emplois dans le secteur.

- Favoriser le dialogue social**,** pour améliorer les conditions de travail, lutter contre la précarité des professionnels de l'autonomie et mieux accompagner les parcours professionnels ».

L'accord EDEC, soutenu financièrement à hauteur d'1,8 million par l'État et signé par l'ensemble des grandes organisations professionnelles de l'Autonomie, quatre organisations syndicales représentatives au niveau national et les OPCA des branches, se compose de deux volets :

- Soutien à la fonction RH et au management des structures (démarche de GPEC, recrutement, mobilité,…), à l'attractivité et la mixité des métiers de l'autonomie ;

- Soutien à la professionnalisation, à la qualification et à la prévention des risques professionnels, grâce notamment à un renforcement de l'accompagnement de la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Pourtant, cette loi est considérée par les représentants patronaux comme un texte « a minima » puisque les mesures ne modifient pas l'architecture du système. En témoigne par exemple un communiqué du 8 septembre 2014 du Collectif de l'aide à domicile qui souligne que si le projet de loi « *apporte des avancées et des améliorations en termes de prise en compte de l'avancée en âge avec incapacités (...) il ne répond pas suffisamment aux revendications portées par le Collectif de l'aide à domicile depuis 2009* ». Le rôle des services à domicile est souligné dans ce projet, mais « *cette reconnaissance ne s'accompagne pas des réponses aux difficultés d'un secteur à bout de souffle en raison d'un manque chronique de financement qui provoque des déficits structurels* ». Le collectif pointe dans ce communiqué le besoin de refondation du secteur autour de 3 dimensions, le financement, la gouvernance et l'organisation du secteur (cf. annexe).

Dans cette conclusion, nous reviendrons d'abord sur les problèmes de financement en lien avec la qualité de l'emploi puis sur la politique de la dépendance en France. En effet, on sait que les services à la personne sont au cœur de deux objectifs politiques : l'un d'assistance à des personnes vulnérables et l'autre d'insertion de personnes en marge du marché du travail. Or comme le souligne la Cour des Comptes, « *La loi du 26 juillet 2005 a fixé à la politique de développement des services à la personne un objectif de création de 500 000 emplois supplémentaires en trois ans et lui a associé deux priorités complémentaires : la structuration et la professionnalisation du secteur. Cette priorité donnée à la politique de l'emploi n'a toutefois pas conduit à remettre en cause les mesures préexistantes qui avaient été prises dans le cadre des politiques de solidarité en faveur des familles avec enfants, des personnes handicapées et des personnes dépendantes. Les objectifs d'emploi et de solidarité se sont donc superposés les uns aux autres sans que les résultats à atteindre et les moyens à mobiliser ne soient articulés* » (COUR DES COMPTES, 2014).

1 Repenser la qualité de l'emploi dans l'aide à domicile

Un problème majeur est celui du financement de ces activités et donc de l'emploi. En effet, dans l'aide à domicile, les financements publics financent l'activité auprès des personnes âgées et en situation de handicaps. La masse salariale constitue l'essentiel des dépenses des associations. La question se pose alors de trouver d'autres sources de financement. Nous avons présenté les stratégies mises en place par les associations pour maintenir leurs activités, via notamment la diversification de leurs sources de financement, qui n'est pas sans poser de problèmes de gestion et n'améliorent pas nécessairement la qualité des emplois. Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré des financeurs privés, acteurs de la finance solidaire. Mais les entretiens révèlent la difficulté pour ces financeurs d'intervenir dans le secteur. En effet, les structures de financements privés ou les fondations n'engagent pas de financements

de fonctionnement mais plutôt des investissements ponctuels ou d'infrastructure qui ne correspondent pas aux besoins du secteur. Une des personnes rencontrées explique ainsi :

« *On est beaucoup sollicité pour l'aide à la dépendance mais on ne peut pas apporter l'aide car le prix de revient est trop élevé ; quand on vend à perte, on va à la faillite donc on ne peut pas y aller, sinon, on se met en danger aussi* ».

La situation semble ainsi particulièrement bloquée dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques. Il semble donc nécessaire, au-delà même de la question des financements publics, de refonder les interventions des pouvoirs publics. Ce sont les caractéristiques mêmes de l'activité telle que construite par les pouvoirs publics au travers des financements et de leurs modalités qui semblent à repenser.

Dans cette optique, plusieurs dimensions d'inégale ampleur peuvent alimenter la réflexion :

- ✓ Repenser l'articulation avec le secteur médical pour ainsi éviter les glissements de tâches mais aussi favoriser une meilleure prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie ou de handicaps. Dans cette optique, certains experts se montrent favorables à la création de nouveaux métiers de l'aide et du soin à domicile et en établissement au sein d'une véritable filière professionnelle médico-sociale[55].

- ✓ S'engager sur les questions de santé au travail qui peuvent rejoindre les préoccupations des employeurs comme des organisations syndicales (reconnaissance des tâches invisibles, inventaire des risques psychosociaux, etc.) mais aussi celles des financeurs compte-tenu des coûts induits par la mauvaise qualité de l'emploi. Un questionnement sur les risques professionnels et les déterminants de la santé au travail peut améliorer la connaissance de la réalité du travail d'aide à domicile et permettre de réfléchir à des outils de prévention : gestion des déplacements, organisation des plannings, encadrement de proximité, construction d'un collectif de travail, formation et qualification (DUSSUET, 2013).

- ✓ Penser les égalités d'accès des services, en termes économiques et territoriaux. Cette dimension est essentielle et semble pourtant peu prise en compte dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Sur ces points, les confédérations syndicales peuvent intervenir dans le débat en siégeant à la Sécurité sociale mais les capacités d'action à ce niveau national restent limitées (PUISSANT, GARDIN, RICHEZ-BATTESTI, 2013).

- ✓ Renforcer le dialogue social en réfléchissant au niveau pertinent de l'action collective et à l'articulation entre les différents niveaux, notamment avec le dialogue social territorial. Les confédérations sont effet associées à des instances ou à des procédures publiques ou parapubliques (Conseil économique, social et environnemental national et régional, contrats de plan État-Région, comités de bassin d'emploi, etc.) qui

[55] cf. WEBER F., 2012, Quels métiers de l'aide médico-sociale aux personnes handicapées et dépendantes ? Projet 2012 - Contribution n°28, TerraNova.

orientent la professionnalisation et la structuration du secteur. Dans un article de la *Revue de l'Ires* (2013), Emmanuelle Puissant, Nadine Richez-Battesti et Francesca Petrella s'interrogent sur le rôle du dialogue social territorial pour lever un certain nombre de freins à l'efficacité de la négociation collective et de l'activité syndicale dans le secteur, à partir d'une comparaison entre deux études de cas régionaux : l'un en région PACA centré sur la GPEC, l'autre en Rhône-Alpes autour des enjeux de pénibilité et de mobilité. Ils concluent à l'importance de penser l'articulation entre le niveau de la branche et le dialogue social territorial pour répondre aux enjeux de société que pose le secteur, aussi bien en termes de qualité de l'emploi que de qualité du service rendu.

2 L'aide à domicile : un choix politique

Le système français de prise en charge de la perte d'autonomie est caractéristique du modèle social-démocrate de protection sociale (ESPING-ANDERSEN, 1999). L'État par l'intermédiaire d'une assurance universelle offre accès à une aide pour la prise en charge de la dépendance indépendamment du niveau de revenu afin de pouvoir vivre en institution ou à domicile. Cette aide monétaire est conçue afin de placer l'individu dans une situation de « libre choix » dans l'utilisation de cette ressource. Contrairement à de nombreux pays, en France, le montant de l'aide fournie ne dépend pas uniquement du niveau de dépendance, mais prend en compte les besoins individuels en fonction des configurations familiales et sociales de la personne aidée. Dans ce système, les individus peuvent recourir à divers types de prestataires. En effet, depuis la création en 1996 de la PSD, la législation a autorisé l'accès lucratif des entreprises privées au marché de « l'aide sociale ». Cet événement a été le début de politiques publiques du « libre choix » : libre choix des activités, libre choix des modes de gardes, libre choix du mode d'aide pour les personnes dépendantes, libre choix du prestataire. Cette question du libre choix s'inscrit directement dans la ligne de la construction d'un marché, articulant une offre, stimulée par des allègements de charge et des réductions d'impôts, et une demande, solvabilisée par les différentes allocations publiques. Dans ce contexte, les allocataires de l'APA s'adressent donc au marché afin de remplir leur panier de services défini par le département.

La mise en place de l'APA s'est accompagnée d'un fort engagement financier de la part des pouvoirs publics. En effet, alors qu'en 2001 les dépenses d'aide à domicile s'élevaient à 460 millions d'euros[i], elles représentaient un peu plus d'un milliard d'euros en 2002. Ce montant s'est accru jusqu'en 2007 pour atteindre 3 milliards d'euros et stagne depuis à ce niveau. Le passage de la PSD à l'APA s'est également traduit par une croissance forte du nombre de bénéficiaires de l'aide à domicile. Alors qu'à la fin du deuxième trimestre 2001 72 280 personnes âgées bénéficiaient de la PSD, à la fin de l'année 2002 on comptait 293 477 personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile, un chiffre qui n'a cessé de croître depuis. Ainsi, au 31 décembre 2012, on compte 728 252 bénéficiaires de l'APA à domicile.

Cependant, 27 % des bénéficiaires les moins dépendants (GIR4) et 52 % des bénéficiaires les plus dépendants (GIR1) ont, selon le scénario moyen, des besoins d'aide supérieurs à ceux financés par l'allocation (BERARDIER, 2011). Par ailleurs, si la durée de perception de l'APA

est de 4 ans et 7 mois lorsque les individus intègrent le dispositif en GIR4 (les moins dépendants), seulement 54 % l'intègrent à ce stade de dépendance. Pour plus de 25 % des bénéficiaires l'entrée dans le dispositif se fait en GIR 1 et 2 (les plus dépendants) pour une durée moyenne de 3 ans et 6 mois (DEBOUT, 2010).

Dans une configuration où les plafonds d'aide ne permettent pas de couvrir la réalité des besoins, les individus ont le choix entre plusieurs alternatives. Une première consiste à rechercher l'aide la moins onéreuse pour maximiser le volume d'aide. Ce phénomène peut être à l'origine du développement de l'emploi direct. En effet, le coût de revient d'un salarié en emploi direct est près de deux fois moins cher que celui d'un salarié intervenant par l'intermédiaire d'une structure et sous contrat avec celle-ci (cf. Tableau ci-dessous). Outre l'absence d'intermédiaire permettant un coût moindre pour le bénéficiaire, la convention collective du particulier employeur permet la réalisation d'heures de « présence responsable » qui sont moins rémunérées que les heures de travail effectives[56]. Ce n'est pas le cas dans la branche de l'aide à domicile.

Tableau 23 : Coût de 40 heures d'aide selon le mode d'intervention (2003)

Mode	Coût de 40 heures d'aide à domicile (euros)
Prestataire	675
Mandataire	390
Emploi direct	343

Source : Direction générale des Affaires sociales, 2003, repris dans le rapport de la cours des comptes, *« Les personnes âgées dépendantes »*, rapport au président de la république suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, Novembre 2005.

Une autre solution est de réduire les temps d'intervention afin de maintenir plusieurs passages quotidiens. Cette situation, valable quel que soit le mode d'aide, tend à réduire les temps d'intervention tout en concentrant les interventions sur les besoins vitaux. Une dernière enfin consiste à ce que l'usager compense le reste à charge. Autrement dit, ce système ne garantit pas le maintien d'un service de qualité (compte tenu notamment de la baisse des temps d'intervention) et peut être source d'inégalités d'accès aux services entre les personnes en situation de dépendance.

Dans ce cadre, et malgré l'action des acteurs publics qui tentent de sauver le secteur associatif, les acteurs historiques de l'aide à domicile sont mis à mal. Outre la structuration et la mise en concurrence des acteurs de l'aide à domicile organisée par les pouvoirs publics, les caractéristiques du public pris en charge sont aussi des éléments qui interviennent comme contrainte de gestion pour les prestataires. En dehors du décès du bénéficiaire, un certain

[56] Selon l'article 3, « *Les heures de présence responsable sont celles où le salarié peut utiliser son temps pour lui-même tout en restant vigilant pour intervenir s'il y a lieu* ». Une heure de présence responsable est rémunérée deux tiers d'une heure de travail effectif.

nombre de suspensions des prestations sont notamment à prévoir. En effet, « *c'est aux âges avancés que les taux d'hospitalisation sont les plus élevés : 438 pour mille chez les 65-74 ans, 578 chez les 75-84 ans, 616 au-delà* » (INSEE, 2005). Nombreuses sont les personnes âgées faisant plusieurs séjours en soins dans une même année. Par ailleurs, les caractéristiques de prise en charge de la dépendance tendent à évoluer rapidement. *« Les incapacités concernant l'hygiène de l'élimination, la toilette, l'habillage, la prise de repas préparés ou encore la mobilité s'accroissent fortement avec l'âge. […] Selon les activités, la fréquence du besoin d'aide est 3 à 5 fois plus grande pour les personnes âgées de 80 à 89 ans que pour celles âgées de 70 à 79 ans, et elle est encore 2 à 3 fois plus élevée pour les 90 ans ou plus que pour les octogénaires* » (*Ibid.).*

Ainsi, l'augmentation des besoins de la population (qui est contrainte par les plans d'aide), associée à une multiplication des interventions et une réduction des temps d'intervention, tout comme les caractéristiques du public pris en charge, viennent expliquer les caractéristiques du travail et de l'emploi, flexible et hétéronome (BOUFFARTIGUE, BOUTEILLER, 2002 et 2012) dans l'aide à domicile. C'est donc en plus d'un engagement financier, une restructuration profonde du système qu'il convient de mettre en œuvre pour espérer la revalorisation de ces métiers dans l'aide à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

ANACT, 2002, *Freins à l'embauche et conditions de travail dans l'aide à domicile*, Rapport.

AVRIL C, 2009, « Une mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail », *Politix*, 2009/2, n° 86.

AVRIL C., 2014, *Les aides à domicile, un autre monde populaire*, La Dispute, Paris.

BAUDELOT C., 2014, « Les deux corps des aides à domicile », *La vie des idées*, publié le 9 juillet.

BERARDIER M., en collaboration avec DEBOUT C., 2011, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Etudes et résultats*, n° 748, février, DREES.

BILLAUD S., 2013, « Dans les coulisses de la qualité. Une association locale d'aide à domicile (1967-2012) », in WEBER F. (dir.), 2013, *Processus de rationalisation et qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Débats nationaux, coulisses locales*, Rapport final, Convention de recherche DREES.

BORREL C., 1999, « La prestation spécifique dépendance Premier bilan au 31 décembre 1998 », *Etudes et Résultats*, avril, n° 13.

BOUFFARTIGUE P., BOUTEILLER J., 2002, « L'erosion de la norme du temps de travail » , *Travail et emploi*, n°92, pp. 43-55.

BOUFFARTIGUE P., en collaboration avec BOUTEILLER J., 2012, *Temps de travail et temps de vie* Paris, PUF, coll. *Le Travail Humain*, 231 p.

BRESSE S., 2003, « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et société*, vol. 2, n° 39, p. 119-143

CERC, 2007, *Les Services à La Personne*, Rapport n° 8 du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, 147 p.

CHARDON O., ESTRADE M.-A., 2007, *Les métiers en 2015*, Rapport DARES/ CAS, janvier.

CHAUCHARD J.-P., LE CROM J.-P., 2005, « Les services entre droit civil et droit du travail », *Le Mouvement Social*, vol. 2, n° 211, pp. 51-65.

CHOL A., 2008, « Les services à la personne en 2006 : une croissance continue », *Premières Synthèses*, novembre, n°48, DARES.

COUR DES COMPTES, 2014, *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*, Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale.

CROFF B., MAUDUIT M., 2003, « Travailler auprès des personnes âgées, une chance pour repartir dans la bonne direction », *Gérontologie et Société,* n°104, pp. 231-247.

DEBONNEUIL M., 2008, *Les services à la personne : bilan et perspectives,* Rapport Inspection générale des Finances, septembre.

DEBOUT C., 2010, « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007 », *Études et Résultats*, juin, n° 730, DREES.

DEVETTER, F.-X., 2001, *L'économie de la disponibilité temporelle : la convention fordiste et ses remises en cause*, thèse de sciences économique, Université de Lille 1.

DEVETTER F.-X., JANY-CATRICE F., RIBAULT T, 2009, *Les services à la personne*, La Découverte, Coll. Repères, janvier, 128 p.

DEVETTER F.-X., LEFEBVRE M., PUECH I., 2011, « Employer une femme de ménage à domicile, Pratiques et représentations sociales », *Document de travail CEE,* n°137, Janvier.

DEVETTER F.-X., ROUSSEAU S.**,** 2011**,** *Du balai. Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Raisons d'agir.

DEVETTER F.-X, MESSAOUDI D., 2013, « Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial: conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi », *Revue de l'Ires*, n°78, pp. 51-76.

DONIOL-SHAW G., LADA E., DUSSUET A., 2007, *Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne : leviers et freins à la qualification et à la promotion*, Rapport de recherche du LATTS, novembre.

DUSSUET A., 2002, « Le genre de l'emploi de proximité », Lien social et politiques / RIAC, *Le genre des politiques publiques : des constats et des actions*, printemps, n 47, pp. 143-154.

DUSSUET A., 2005, *Travaux de femmes - Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan.

DUSSUET A., LOISEAU D., 2007 « Les services aux familles offerts par les associations : un modèle de service "entre" formel et informel », *in* DUSSUET A. et LAUZANAS J.-M., (Dir), *L'économie sociale entre informel et formel : paradoxes et innovations*, Rennes, PUR, 2007, pp.95-128.

DUSSUET A., 2013, « Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile », *Revue de l'Ires*, n° 78, pp. 77-97.

ENJOLRAS B., 2010, « Gouvernance verticale, gouvernance horizontale et économie sociale et solidaire : le cas des services à la personne », *Géographie, économie, société*, vol.1, n° 12, pp. 15-30.

ESPING-ANDERSEN G., 1999, *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, PUF.

FRINAULT T., *2009, La dépendance. Un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, PUR, 240 p.

GADREY J., JANY-CATRICE F., PERNOD LE MATTRE M., 2004, « La division sexuée du travail professionnel et domestique : quelques remarques pour une perspective temporelle », *Les conditions de travail comparées des ouvriers et des employés : une question de temps*, conférence du Séminaire international sur le temps de travail, Paris, 26-28 février.

GALLOIS F., 2009, « Politiques sociales à destination des personnes âgées et emploi dans les services à la personne : une analyse en termes de complémentarité institutionnelle », in BARNAY T., LEGENDRE F. (eds), *Emploi et politiques sociales*, XXIXes journées de l'Association d'Économie Sociale, Paris, L'Harmattan.

GALLOIS F., 2013, « L'organisation publique de la concurrence est-elle source d'efficience ? L'aide à domicile ? », *Revue Française de Socio-Economie*, 2013/1, n°11.

GALLOIS F., GUERRY R., 2010, « Les chiffres clés de l'emploi de l'aide associative », Fiche pratique du CNAR, mars.

GARDIN L., GAUTRAT J., LAVILLE J.-L., SCOLARO J., 2010, *Syndicalisme CFDT et économie solidaire*, Rapport final, avec le financement de l'Agence d'objectifs de l'IRES, juin.

GESTE, 2011, *Etude sur les Techniciens de l'intervention sociale et familiale : missions, compétences, modes d'interventions et image*, Rapport final, juin.

GOMEL B., 2006, « *L'emploi salarié dans le travail des associations* », in CHOPART J.-N. *et al.*, *Les dynamiques de l'économie sociale et solidaire*, Paris, La Découverte « Recherches », 294 p.

GRAMAIN A, WEBER F, 2013 (sous la responsabilité), *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*, Rapport final, convention DRESS-CNRS.

GUIRAL P., THUILLIER G., 1978, « les sources de l'histoire régionale des domestiques au XIXe siècle », *Revue Historique*, vol. 2, n° CCLIX.

HELY M., 2008, « À travail égal, salaire inégal : ce que travailler dans le secteur associatif veut dire », *Sociétés contemporaines*, vol. 1, n° 69, p. 125-147.

IGAS et IGF, *mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, Rapport, octobre 2010.

INSEE, 2005, *Etat de santé. Pathologies et comportements de santé. Handicaps, incapacité, dépendance. Mortalités* [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/persag05b.PDF].

INSEE, 2011, « Le tiers secteur, un acteur économique important », Insee Première, n°1342, mars.

JANY-CATRICE F., PUISSANT E., 2009, « L'aide à domicile face aux services à la personne : des tensions à la charge de l'encadrement intermédiaire » in BARNAY T., LEGENDRE F. (eds), *Emploi et politiques sociales,* XXIXes journées de l'Association d'Économie Sociale, Paris, L'Harmattan.

JANY-CATRICE F., 2013, « Mise en visibilité statistique des emplois dans les services à la personne », *Revue de l'Ires*, n°78, pp. 25-49.

JOBERT B., 1993, « Une non décision exemplaire : les pouvoirs publics faces aux problèmes des personnes âgées dépendantes », in KUTY O., LEGRAND M., (Dir.), *politiques de santé et vieillissement,* Liège, Ecole de santé publique/Université de Liège, p.41-51.

JOURDAIN A.**,** MARTIN C., MOHAER F., SCHWEYER F.X., 1996**,** *La prestation expérimentale dépendance en Ille et Vilaine,* Editions de l'ENSP.

JOURDAIN A., 2001, « L'usage sélectif des évaluations des PED et PSD par le décideur : soutien aux innovations institutionnelles, réticence à payer le prix de la dépendance », *Gérontologie et société,* vol. 4, n° 99, p. 255-270.

KERGUERIS J., 2010, *Services à la personne : bilan et prospective,* Rapport d'information n°589 (2009-2010) de M. Joseph KERGUERIS, fait au nom de la Délégation à la prospective, déposé le 30 juin 2010.

KERJOSSE R., 2001, « La prestation spécifique dépendance au 30 juin 2001 », *Études et résultats*, novembre, n°143, DREES.

LABRUYERE C., 1996, « Professionnaliser les emplois familiaux, Un objectif affirmé, mais un processus encore à construire », *Bref, Céreq*, novembre, n°125.

LADA E., 2011, **«** Le développement de l'aide à la personne : quelle professionnalisation ? », *Formation emploi*, 2011/3, n°115.

LAVILLE J.-L., 1996, *La construction sociale d'un champ d'activités économiques*, Crida, Paris.

LEFEBVRE M. 2013, « La construction des champs conventionnels dans les services à la personne : dynamiques et enjeu », *Revue de l'Ires*, n°78, pp. 99-126.

LUNDSGARRD J., 2002, « Ouverture a la concurrence et efficacité des services a financement public », *Revue économique de l'OCDE*, vol. 2, n°35, pp. 83-143.

MAISONNASSE J, MELNIK K. PETRELLA F, RICHEZ-BATTESTI N., 2010, *Quelle qualité de l'emploi dans l'ESS ? Une perspective plurielle*, Rapport de recherche pour la région PACA, la Caisse des dépôts et consignations et l'Institut de recherche de la Caisse des dépôts et consignations, décembre.

MARBOT C., 2008, « Travailler pour des particuliers : souvent une activité d'appoint », *Les salaires en France*, INSEE.

MARQUIER R., 2010, « Les intervenantes au domicile des personnes, fragilisées en 2008 », *Etudes et Résultats*, juin, n° 728, DREES.

MARTIN C., 2001, « Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes », *Travail, genre et sociétés*, n° 6, pp. 83-103 ;

MARTIN C. (dir.), 2003, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes/Éditions de l'ENSP.

MARTIN-FUGIER A., PERROT M., REBERIOUX M., 1978, « Sur le travail des femmes », *Le mouvement social*, n°105.

MARTIN-FUGIER A.-M., 1979, *La place des bonnes. La domesticité féminine à Paris en 1900*, Paris, Grasset.

MARUANI M., 2011, *Travail et emploi des femmes*, La découverte, Coll. Repères, n°287.

MULET P., 2014, « Évaluer la dépendance : jeux et enjeux autour de la codification » in WEBER F., TRABUT L., BILLAUD S. (dir*), Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui,* Editions rue d'Ulm, pp. 195-215.

OULD YOUNES S., 2012, « Les services à la personne en 2010 : stabilité de l'activité globale, après le ralentissement de 2008-2009 », *DARES Analyses*, septembre, n° 60.

OULD YOUNES S., 2013, « Les services à la personne en 2011 : une baisse globale de l'activité et de l'emploi », *DARES Analyses*, avril, n° 025.

PETRELLA F., RICHEZ-BATTESTI N., 2010, « Régulation de la qualité dans les services à la personne en France : l'Economie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ? », *Management & Avenir*, vol. 5, n° 35, p. 273-292.

PUISSANT E., GARDIN L., RICHEZ-BATTESTI N., 2013, « Propos introductifs au niveau spécial de la revue de l'Ires, Syndicalisme et dialogue social dans l'aide à domicile »**,** *La Revue De L'ires* N° 78 - 2013/3, pp.3.24.

RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., 2009, *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour personnes âgées*, Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, juillet.

RIBAULT T., 2008, « Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, n° 2, p. 99-117.

TIBERGHIEN F., 2007, « préface », in DUSSUET A, LAUZANAS J.-M (dir.), *L'économie sociale entre informel et formel Paradoxes et innovations,* Économie et Société, PUR.

TRABUT L., 2014, « Nouvelle donne dans l'emploi d'aide à domicile », in WEBER F., TRABUT L., BILLAUD S. (dir*), Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui,* Editions rue d'Ulm, 2014.

UGHETTO P., BESUCCO N., TALLARD M., TERTRE (du) C., 20*02, «* La relation de service : une tension vers un nouveau modèle de travail ? »*, Revue de l'IRES, vol. 2, n° 39.*

ULRICH V., ZILBERMAN S., 2007, « De plus en plus d'emplois à temps partiel au cours des vingt-cinq dernières années » *Premières synthèses*, septembre, n° 39.3, Dares.

VASSELIN K, 2002, « Faire le ménage, de la condition domestique à la revendication d'une professionnalité » in PIOTET F. (dir), *La révolution des métiers*, Paris, PUF, coll. Le Lien Social.

VEROLLET Y., 2007, *Le développement des services à la personne*, Avis et rapports du Conseil économique et social, Paris, La Documentation française.

WEBER F., 2006, « Viviana ZELIZER, " l'argent social" », Entretien avec Florence Weber, *Genèses*, vol. 4, n° 65, pp. 126-137.

WEBER F., 2012, *Quels métiers de l'aide médico-sociale aux personnes handicapées et dépendantes ?* Projet 2012 - Contribution n°28, TerraNova.

WEBER F. (dir.), 2013, *Processus de rationalisation et qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Débats nationaux, coulisses locales*, Rapport final, Convention de recherche DREES, Juin.

ANNEXES

Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement : **l'ambition de la réussite**

Le début de l'examen à l'Assemblée nationale du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est une source d'espoir pour les bénéficiaires et les professionnels mais la réforme ne pourra être porteuse de solutions pérennes qu'à condition de prendre des mesures plus ambitieuses dès maintenant.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement apporte des avancées et des améliorations en termes de prise en compte de l'avancée en âge avec incapacités mais il ne répond pas suffisamment aux revendications portées par le Collectif de l'aide à domicile depuis 2009.
Si le rôle essentiel des services d'aide à domicile a été souligné dans le cadre de ce projet de loi , cette reconnaissance ne s'accompagne pas des réponses aux difficultés d'un secteur à bout de souffle en raison d'un manque chronique de financement qui provoque des déficits structurels.

Une véritable refondation du secteur de l'aide et des soins à domicile impose que les pouvoirs publics apportent des réponses sur l'ensemble des points suivants :

1. Financement

   - Sanctuariser définitivement et intégralement la CASA dès à présent sur les actions prévues par la loi d'adaptation de la société au vieillissement au sein du budget de la CNSA.

   - Pérenniser les modalités de tarification des SAAD et des SSIAD

   - Revaloriser les tarifs et les contenus des plans d'aide APA et PCH et des plans d'aide personnalisée CARSAT

   - Augmenter la valeur du point et les taux de remboursement des frais professionnels de déplacement et de trajet et autoriser les collectivités territoriales à choisir le mode d'indemnisation qu'elles estiment le plus favorable et le plus adapté.

   - Faire évoluer le fonds d'urgence en fonds d'investissement et de garantie

2. Gouvernance

   - Renforcer le rôle de régulation de la CNSA afin d'homogénéiser les réponses sur le territoire dans un objectif d'équité, de qualité, de soutien auprès des personnes âgées et de personnes en situation de handicap et de compensation de la perte d'autonomie.

   - Inscrire les acteurs de l'aide et du soin à domicile comme partie prenante des logiques de parcours de vie et de santé

3. Organisation du secteur

   - Clarifier les missions des services relevant du régime de l'autorisation et celles relevant du régime de l'agrément en y associant un mode de tarification cohérent

   - Prendre en compte les projets de vie des personnes dans l'élaboration des plans d'aide APA

   - Développer la formation et le soutien des proches-aidants, des aidants familiaux et des bénévoles

   - Valoriser le rôle de prévention des acteurs du domicile

Ce que nous attendons au-delà de la loi d'adaptation de la société au vieillissement :

- L'utilisation de la CASA dès le 1er janvier 2015 en faveur de l'aide à l'autonomie des personnes âgées : il n'est pas nécessaire d'attendre la promulgation de la loi notamment pour augmenter les plafonds APA, améliorer les conditions de travail des salariés et doter un fonds de garantie et de développement de l'aide à domicile.

- L'annonce de mesures intermédiaires en faveur de l'aide à l'autonomie des personnes âgées en attendant la promulgation de la loi.

Présentation du collectif

Fin 2009, les fédérations et organisations de l'aide à domicile se sont mobilisées et rassemblées au sein d'un Collectif. Elles ont rappelé la nécessité de mettre en place un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie et de supprimer la barrière d'âge de 60 ans. Le Collectif s'était prononcé en faveur de la création d'un 5e risque destiné à la couverture de l'aide à l'autonomie, quels que soient l'âge, l'origine de la fragilité ou le lieu de vie de la personne, dont le financement reposerait sur la solidarité nationale.

PREMIER MINISTRE

Plan pour les métiers de l'autonomie

DOCUMENT DE CONCERTATION

Objectif 1 Stimuler et accompagner le développement des métiers de l'autonomie pour répondre à des besoins croissants 6

Objectif 2 Faire des métiers de l'autonomie un vecteur d'insertion professionnelle 9

Objectif 3 Développer la qualification et faire évoluer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées et handicapées ...14

www.gouvernement.fr



PRÉAMBULE

Le Président de la République a annoncé des États Généraux du travail social à l'occasion du dernier congrès de l'UNIOPSS. La réflexion sur les métiers de l'autonomie s'inscrit dans ce cadre, tout en intégrant également les métiers de la filière sanitaire.

Par ailleurs, l'ambition exprimée par le Premier Ministre lors de la remise des rapports de préparation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, ainsi que le plan d'action arrêté à l'occasion du Comité interministériel du handicap du 25 septembre dernier, confirment l'importance de ces enjeux.

Il est nécessaire de construire une stratégie, d'élaborer un Plan avec ses déclinaisons opérationnelles pour conduire une politique ambitieuse en direction des professionnels du secteur de la gériatrie et de la gérontologie, ainsi que du secteur du handicap.

Le plan métiers de l'autonomie a vocation à répondre à trois enjeux politiques essentiels pour le Gouvernement :

- D'abord, moderniser la politique publique de l'autonomie en faisant évoluer les métiers au service des nouveaux objectifs portés par les politiques publiques de l'âge et du handicap en termes de services rendus à l'usager et de réponse aux besoins des territoires. Il s'agit pour l'essentiel d'accompagner l'évolution des professionnels dans des logiques de coopération et d'intégration de services correspondant mieux aux besoins du parcours de vie global de la personne. Tous les professionnels doivent mieux travailler ensemble au moyen d'outils plus partagés et avec une exigence de qualité renforcée. Il doit devenir impossible de considérer ces métiers comme des sous-métiers tant l'exigence de professionnalisation et de qualification est devenue la règle. Cette exigence de qualité au service des parcours constitue une priorité, tant pour la stratégie nationale de santé ou pour la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, que pour la conférence nationale du handicap. Il s'agit de favoriser toutes les régulations nécessaires à la protection des plus vulnérables, ainsi les missions d'aide à l'autonomie ne sont pas des missions comme les autres. Dans le même temps, cette exigence doit s'appuyer sur un engagement citoyen et bénévole de la société toute entière au service des plus fragiles, dans l'esprit notamment de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (MONALISA) lancée par le Gouvernement. La modernité, c'est aussi la fraternité.

- Ensuite, engager la bataille de l'emploi en contribuant le plus largement possible à l'effort de création d'emplois sur le secteur porteur que constitue l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées. Il s'agit de faire partager la conviction que ce secteur représente incontestablement un investissement d'avenir tant l'évolution des besoins est croissante. Face à cet enjeu considérable, il importe de saisir cette chance et de mobiliser sur les territoires tous les outils de la politique de l'emploi pour stimuler à son maximum cette économie au service des plus fragiles d'entre nous. Il y a là un formidable défi intergénérationnel où les besoins des âgés peuvent créer plusieurs milliers d'emplois et notamment des emplois pour les plus jeunes, dans l'esprit du contrat de génération et des emplois d'avenir portés par l'ensemble du Gouvernement. La mixité des métiers, progrès sociétal, sera un objectif de ce plan afin de permettre à ce secteur de faire face à ses besoins de recrutement et l'accompagner dans son développement, au profit de tous. Le Premier Ministre dans son discours de Versailles le 6 janvier 2014 a fixé comme objectif général qu'un tiers des salariés, contre 12 % aujourd'hui, travaillent dans un métier mixte en 2025. Un objectif de même nature sera fixé en tenant compte des spécificités du secteur.

- Enfin, miser sur le dialogue social pour améliorer les conditions de travail et lutter contre la précarité. La feuille de route de la conférence sociale du Gouvernement prévoit des objectifs ambitieux en la matière, conformément aux priorités partagées avec les partenaires sociaux, piliers incontournables de la méthode du Gouvernement. Qu'il s'agisse du futur plan santé au travail III, des États Généraux du travail social, de la conférence de progrès sur les services à la personne ou des négociations de branche, tous ces chantiers structurants doivent avoir le souci

de la préservation de la qualité de vie au travail et de l'accompagnement des parcours professionnels, pour concilier pleinement les objectifs des politiques publiques et les besoins et aspirations légitimes des professionnels, en particulier dans un secteur qui reste précarisé.

En France, les personnes âgées de 60 ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030. Quant au nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, il sera multiplié par près de 4 en 40 ans passant de 1,4 à 4,8 millions d'ici à 2050. La demande de services, de produits et soins liés à l'autonomie va ainsi mécaniquement fortement augmenter.

L'offre doit s'adapter considérablement, générant ainsi des emplois et des relais de croissance importants pour l'économie française avec la « Silver économie ». Cette économie se développe sur deux grands domaines : celui des prestations de soins et d'accompagnement (une intervention humaine), et celui des industries mobilisées pour imaginer, créer, développer des outils, des produits qui ont vocation notamment à faciliter et compléter une prestation d'accompagnement.

Dans le champ du handicap près de 460 000 personnes (dont 150 000 enfants) sont accueillies dans plus de 10 000 établissements et services, employant plus de 250 000 salariés.

S'y ajoutent le secteur social, au travers des services à la personne, et le logement qui contribuent également à l'autonomie des personnes handicapées et âgées.

Par ailleurs, la génération des baby-boomers (née entre 1945 et 1972) est la première à accompagner ses parents dans le grand âge et la perte d'autonomie. Elle a donc la volonté d'anticiper son vieillissement et de ne pas se laisser surprendre.

Cette offre d'accompagnement sanitaire, social et médico-social doit se transformer pour s'adapter à l'évolution des réponses aux personnes qui présentent un besoin d'aide à l'autonomie.

Le vieillissement, la complexité des situations, le développement de la reconnaissance du handicap psychique, l'accompagnement des personnes autistes ou encore de celles touchées par des pathologies telles qu'Alzheimer ou d'autre affections aux conséquences proches par exemple constituent de nouvelles frontières. Ces nouvelles orientations ne sont pas encore pleinement acquises par les acteurs et nécessitent une action d'accompagnement du changement des pratiques professionnelles.

Ces enjeux sont au cœur des travaux du Comité interministériel du handicap que le Premier Ministre a réuni le 25 septembre 2013 et qui entend adapter le système de santé et médico-social aux besoins des personnes handicapées, dans une logique de « parcours », conformément à la Stratégie Nationale de Santé. Ils alimenteront la Conférence nationale du handicap qui se tiendra en 2014.

Ils sont également au cœur des travaux de préparation de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement qui sera votée avant la fin de l'année 2014.

L'économie du secteur de l'autonomie recouvre principalement les champs suivants :

- Celui des services à la personne, de l'accompagnement et du soin en établissement, générateur à courte échéance d'emplois nombreux, non délocalisables dont l'attractivité doit être renforcée par l'amélioration des conditions de travail et de carrière ainsi que la qualification des personnes.
- Celui de la Silver économie dans son volet plus particulièrement tourné sur l'industrie, à la fois productive (instruments et appareillages, domotique, dispositifs d'assistance...) et génératrice d'emplois techniques (vente, installation, maintenance de ces instruments). Plusieurs secteurs seront largement impactés par la « Silver économie » : BTP pour l'adaptation des logements, informatique de services, domicile connecté, secteur des aides techniques (prothèses auditives, par exemple...).

Le champ du handicap est également concerné par le développement des services à la personne et l'émergence de nouveaux métiers liés à l'objectif d'inclusion sociale, en particulier l'accessibilité.

Dans ce contexte, la mise en œuvre de la stratégie globale que sous-tend la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ainsi que l'ambition portée pour renforcer les moyens en personnels des établissements et services intervenants auprès des personnes âgées, nous conduit à reposer la question cruciale des métiers et des compétences.

Elle renvoie à un enjeu quantitatif de création d'emplois et de besoin de main d'œuvre pour satisfaire la croissance de la demande, mais également à un enjeu qualitatif avec des exigences en termes de niveau de service donc de compétences sans cesse plus importantes. De même, les efforts, en matière de développement des places nouvelles, ou du renforcement des établissements et services existants, génèreront dans les années à venir une mobilisation importante sur la question des pratiques professionnelles.

Ce chantier s'inscrit dans une stratégie plus globale visant à soutenir et renforcer le secteur médico-social au travers d'autres actions structurantes : stabiliser le modèle économique pour maintenir et renforcer l'attractivité globale du secteur. On peut citer dans ce cadre les objectifs portés en matière de solvabilisation de la demande par la réforme de l'APA, de refonte de la tarification des établissements et services, ou encore des avancées progressives pour les salariés comme le déblocage des agréments sur les bas salaires.

Dans le cadre de ces chantiers de tarification, il sera important d'identifier les leviers permettant non seulement de mieux accompagner et financer la progression des compétences et de la professionnalisation mais également de valoriser les politiques les plus actives mises en œuvre par les établissements et les services.

De même, les efforts de médicalisation des établissements concourent année après année à renforcer les moyens en personnel là où les besoins sont les plus importants.

Dans ce contexte, le rôle des pouvoirs publics est d'anticiper et d'accompagner les actifs vers les métiers et les formations d'avenir. Cela passe par une bonne connaissance des besoins actuels et à venir, par une capacité à adapter l'offre de formation à ces besoins, qu'elle soit initiale ou continue, et par une mobilisation collective autour de l'attractivité des secteurs concernés et de l'amélioration des conditions de travail et de carrière.

Les besoins de recrutement que le pays va connaître dans les prochaines années en matière de professionnels du médico-social et de la gériatrie sont très importants. Il est donc urgent de faciliter le recrutement et de développer la qualification de ces professionnels. Il convient de repérer les nouveaux besoins, en lien avec les professionnels et les gestionnaires, et d'examiner les moyens d'y répondre (formations d'adaptation, formation continue, nouveaux métiers, spécialisation...).

À cet enjeu s'ajoute celui de favoriser le maintien des seniors dans l'emploi. L'allongement de la durée de vie entraîne à la fois de nouvelles opportunités sur le plan économique mais également de nouvelles exigences vis-à-vis d'un marché du travail français qui exclut trop souvent les seniors. Il paraît également nécessaire de poursuivre la politique visant à améliorer le taux d'emploi des seniors (41,5 % en France contre près de 70 % en Suède). En effet, l'allongement de la durée de la vie fait de l'éviction massive des seniors du marché du travail un drame de société et une catastrophe économique. Nombre d'économistes rencontrés considèrent d'ailleurs qu'il s'agit d'un relais de croissance important.

Sur l'ensemble de ces aspects, la politique de l'emploi et de la formation professionnelle peut apporter des réponses. Le contrat de génération

rompt avec une logique qui voudrait que pour créer de la place aux jeunes il faille exclure les séniors. Les emplois d'avenir permettent d'intégrer des jeunes, parfois en grande difficulté, dans les métiers du secteur de manière pérenne. Les politiques sectorielles donnent un socle pour travailler avec les professionnels et faire émerger des dynamiques de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au niveau des branches et des filières. La réforme en cours de la formation professionnelle vise à favoriser une meilleure orientation des fonds de la formation professionnelle vers les actifs et les secteurs qui en ont le plus besoin.

Enfin, pour mémoire et suite aux échanges avec les représentants du secteur médico-social, du domicile et des établissements, plusieurs constats partagés ont émergé et orienté l'élaboration de ce plan :

- créer les conditions d'une observation partagée : croiser les travaux déjà existants, en mêlant mieux approches sectorielles des observatoires de branches, régionales et nationales pour valider des tendances et une stratégie partagée d'anticipation, et redéfinir régulièrement les besoins quantitatifs et qualitatifs de formation en lien avec l'identification des métiers les plus en tension ou pour lesquels les perspectives de recrutement dans l'avenir sont importantes (par exemple : ergothérapeutes, psychomotriciens, animateurs, audioprothésistes, etc.) ;
- développer l'attractivité du secteur : en valorisant l'image des métiers de l'âge ou plus largement de l'accompagnement des publics fragiles par une sensibilisation du grand public sur ce secteur porteur d'avenir et de sens, en facilitant la mobilité des professionnels (ascension sociale mais aussi diversité des parcours professionnels) et en améliorant les conditions de travail. Le travail engagé sur l'attractivité des métiers sera réalisé en coordination avec le chantier plus global sur la mixité des métiers conduit par le ministère des Droits des femmes dont il constituera une des déclinaisons ;
- valoriser la gériatrie et le handicap dans l'ensemble de la filière de formation : métiers de service à la personne, encadrant de proximité, soignants, universitaires, chercheurs... et structurer les métiers en cohérence avec le parcours de santé des personnes âgées et des personnes handicapées (coopération entre les professionnels, expérimentations PAERPA) ;
- développer des démarches de GPEC de groupes d'entreprises, de branches, de filières ou de territoires, soutenir les efforts de qualité et de professionnalisation : montée en charge des outils de la section 4 de la CNSA, en concertation avec les départements ;
- lutter contre la pénibilité au travail et encourager les dispositifs d'insertion sur les emplois d'aide à la personne : emplois d'avenir, plateformes emploi.



Proposition de mesures soumises à la concertation

Le vieillissement de la population et le profond renouvellement des politiques du handicap et du grand âge conduisent à une importante transformation de l'offre de soins. Ces évolutions entraînent un développement des métiers de l'accompagnement et une transformation des pratiques professionnelles existantes. Elles offrent également des opportunités d'insertion professionnelle aux jeunes qui arriveront prochainement sur le marché du travail et des possibilités de réorientation professionnelles aux demandeurs d'emplois.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a choisi d'accompagner la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement d'un plan pour les métiers de l'autonomie, élaboré en cohérence avec à la fois la conférence de progrès pour l'emploi dans les services à la personne, les travaux sur les missions de l'aide à domicile, ceux relatifs à la nouvelle filière « Silver économie » ou encore ceux issus du Comité interministériel du handicap (CIH). L'ensemble des mesures prévues par ce plan ouvrent de nouvelles perspectives en matière d'attractivité de ces métiers et de fidélisation des professionnels dont les incidences sur la qualité de service sont tangibles.

Plus globalement, il s'inscrit également dans la dynamique de réflexion ouverte par les États Généraux du travail social. Ainsi, les mesures du plan peuvent être classées en deux catégories :

- des mesures propres, regroupées pour l'essentiel dans les objectifs 1 et 2, dont la mise en œuvre peut être lancée immédiatement ;
- des mesures, correspondant pour une large part à l'objectif 3, qui ont vocation à être expertisées ou approfondies dans le cadre des États Généraux du travail social.

Objectif 1

Stimuler et accompagner le développement des métiers de l'autonomie pour répondre à des besoins croissants

Objectif 2

Faire des métiers de l'autonomie un vecteur d'insertion professionnelle

Objectif 3

Développer la qualification et faire évoluer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées et handicapées

Objectif 1
Stimuler et accompagner le développement des métiers de l'autonomie pour répondre à des besoins croissants

La programmation de l'offre sanitaire et médico-sociale doit s'accompagner d'un plan de développement des métiers notamment des métiers de l'accompagnement qui connaissent une croissance particulièrement forte. Cela suppose de la part des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et des employeurs, une capacité à observer, anticiper et agir sur les évolutions de l'emploi et des compétences au niveau national, notamment au niveau des branches professionnelles (action 1 et 4), mais aussi à l'échelle régionale où sont définies l'offre de soins et l'offre de formation initiale sanitaire et sociale (action 2) et enfin au sein des établissements et services en intégrant les questions de ressources humaines aux contrats conclus avec les établissements (CPOM, convention tripartite) et en appuyant les gestionnaires dans la conduite d'une démarche de GPEC (action 3).

Action 1 Contractualiser entre l'État et les partenaires sociaux du secteur médico-social un engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC)

L'État proposera aux organisations professionnelles de mettre en œuvre, dans un cadre contractuel, des engagements de développement de l'emploi et des compétences (EDEC) pour anticiper et accompagner l'évolution des emplois et des qualifications.

Il s'agira, avec les pouvoirs publics concernés et les partenaires sociaux volontaires pour s'engager dans cette démarche, de :

- dresser un diagnostic des ressources humaines et développer une meilleure connaissance des métiers et de leurs conditions d'exercice, des emplois, des qualifications et de leurs évolutions à partir des données économiques, démographiques, technologiques, organisationnelles et sociales ;
- proposer des hypothèses d'évolution à moyen terme ;
- et, au regard de cet ensemble de données, mettre en œuvre des actions pour accompagner dans les meilleures conditions possibles les évolutions de l'emploi et des compétences.

Ces engagements de développement de l'emploi et des compétences pourront être formalisés et signés dès le premier trimestre 2014.

Action 2 La programmation de l'offre de soins et d'accompagnement au niveau régional doit être accompagnée d'un plan de développement de l'emploi et des compétences.

Les projets régionaux de santé (PRS) devront obligatoirement comprendre une évaluation des ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre les évolutions de l'offre de soins et prévoir un plan de développement des métiers. Cette évaluation transverse aux secteurs sanitaire et médico-social devra également évaluer les possibilités de mobilités professionnelles entre ces secteurs d'activités qui tendent à se rapprocher.

Pour l'élaboration des volets « RH » des PRS, les ARS pourront s'appuyer sur les outils et l'appui méthodologique imaginés dans le cadre de l'EDEC.



Afin de renforcer l'adéquation entre la programmation de l'offre de formation et la programmation de l'offre de soins, ces plans seront construits en lien avec les conseils régionaux, les conseils généraux, les DIRRECTE et les partenaires sociaux des branches professionnelles au regard de leurs compétences respectives en matière de politique de l'emploi et de formation professionnelle initiale et continue. Les observatoires régionaux de l'emploi et des formations pourront apporter des éléments objectifs de diagnostic et de prospective quant aux évolutions de l'emploi, des compétences, des qualifications, à la formation et à la relation emploi-formation à l'échelle régionale. Les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail pourront fournir des éléments complémentaires sur les formes de pénibilité mais aussi les opportunités de développement pour les professionnels comme déterminants à la fois de la qualité des services et des déroulements de carrières.

La mise en œuvre de cette action, qui s'inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé, s'appuiera sur les recommandations de la mission confiée à Madame Chantal de Singly qui doit, d'ici avril 2014 :

- décrire les évolutions en cours sur les exercices professionnels et plus généralement sur les pratiques en santé et identifier leurs conséquences sur les ressources humaines (compétences, métiers, management, conditions de travail ...) ;
- repérer les outils et leviers d'action mobilisés par les ARS aujourd'hui pour agir sur les ressources humaines en santé
- formuler des recommandations opérationnelles permettant l'élaboration d'une politique régionale de développement des métiers et des compétences au sein des projets régionaux de santé.

Action 3 Développer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au sein des établissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux doivent être incités à mettre en place une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

L'ensemble des outils du dialogue de gestion, notamment la politique de contractualisation, devront être mobilisés pour en faire des leviers de développement de la GPEC. La négociation des CPOM devra en particulier être l'occasion de s'interroger avec la structure sur l'évolution de ses besoins en ressources humaines au regard de ses perspectives de développement, des départs en retraites prévisibles, de l'évolution des besoins des usagers et de son projet d'établissement pour orienter sa politique de recrutement et de formation continue en conséquence.

S'agissant plus particulièrement des établissements médico-sociaux publics, la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences développée dans les établissements sanitaires sera déployée plus largement dans le secteur médico-social inscrivant ainsi cet objectif dans le cadre de la démarche plus globale engagée par le Ministère en charge de la fonction publique en la matière. Cette démarche suppose :

- d'élaborer une cartographie des métiers exercés dans les établissements et services à partir de la nomenclature des emplois et des métiers de la FPH, ce qui permet d'établir des synthèses régionales ;
- d'intégrer la démarche Métier-Compétence dans la pratique quotidienne de gestion des ressources humaines de l'établissement (recrutements, formation, évaluation annuelle, incidence des départs en retraite, accompagnement des parcours professionnels...) ;
- d'anticiper à moyen et long termes les évolutions et évaluer les besoins futurs en termes de métiers, de compétences et d'effectifs ;

- d'identifier les leviers organisationnels pour une meilleure articulation entre qualité du travail et qualité des soins et des services.

Les gestionnaires d'établissement devront être appuyés dans la mise en œuvre des démarches de GPEC : l'EDEC (action 1) pourra contribuer à définir et cofinancer des actions d'ingénierie de formation, prestations d'appui conseil et formalisations d'outils avec les branches professionnelles du secteur social et médico-social.

Action 4 Créer un observatoire de l'emploi sanitaire social, et médico-social au service de l'aide à l'autonomie.

Il existe de nombreuses sources de données sur l'emploi et les qualifications au niveau national et régional : INSEE, DARES, DREES, travaux du CGSP, observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, observatoires régionaux de l'emploi et la formation, observatoires prospectifs des métiers et des qualifications des branches professionnelles, statistiques de l'ACOSS, données collectées par la CNSA, base SIMS de la DGCS, ou encore la DGOS. Ces différents acteurs produisent et/ou analysent ces données pour répondre à des finalités différentes, toutes les sources n'ont pas le même périmètre, les mêmes nomenclatures ni la même périodicité. Cependant, des rapprochements voir des recoupements sont possibles qui permettent une meilleure compréhension de l'évolution de l'emploi et des qualifications dans le secteur sanitaire, social et médico-social au service de l'aide à l'autonomie.

La DGCS a déjà recensé les sources statistiques existantes et les recoupements possibles pour établir un tableau de bord de l'emploi dans le secteur social et médico-social. La création d'un observatoire de l'emploi sanitaire, social et médico-social permettrait de définir un référentiel des métiers commun au secteur social, médico-social et sanitaire qui faciliterait durablement l'observation et la prospective sur l'emploi dans ce secteur.



Objectif 2

Faire des métiers du médico-social et du grand âge des leviers d'insertion et de promotion des agents, en améliorant l'attractivité, en luttant contre la pénibilité et en favorisant la mobilité professionnelle.

Action 5 Inciter les jeunes mais également les personnes en transition ou reconversion professionnelle à s'orienter vers les métiers de l'aide à la personne

Il est proposé de mettre en place une communication la plus large possible auprès de l'ensemble des citoyens, qu'il s'agisse des jeunes en recherche d'une orientation ou des moins jeunes, notamment les personnes en transition ou en reconversion professionnelle, sur la richesse de ces métiers, sur les qualifications requises ou sur toutes les perspectives de carrière qui s'offrent aux personnes qui décideront d'y entrer. Ce sera l'un des objectifs de la campagne de communication autour des métiers du travail social qui sera lancée à l'issue des États Généraux.

Sans attendre cette campagne, un travail sur l'image des métiers de l'aide à la personne sera engagé avec Pôle Emploi pour mieux orienter les demandeurs d'emploi vers ce secteur. Il s'agit aussi d'agir en direction des conseillers de pôle emploi sur l'image des métiers de l'autonomie. La DGCS et les représentants des employeurs du secteur pourrait produire avec Pôle Emploi un document destiné aux conseillers présentant les métiers, les formations et les perspectives de développement de ces professions.

Il s'agit également de multiplier les dispositifs d'insertion portés par les plateformes territoriales dédiées aux métiers d'aide à la personne, qui permettent de favoriser les « circuits courts » entre les demandeurs d'emploi et les recruteurs potentiels grâce à des parcours de formation et d'accom-pagnement du retour à l'emploi.

Pour illustrer cette action sur l'image des métiers et leur attractivité, la projection d'un film sur ce thème suivie d'un débat pourrait être organisée en début d'année au Ministère de la Santé et des Affaires sociales. L'État soutien en effet une initiative intéressante de production de films auprès de l'association « Les deux mémoires » qui a réalisé plusieurs films sur le territoire de la région Centre avec un tour de table très large des partenaires. Un des films réalisés permet de découvrir le parcours de jeunes formés aux métiers de l'accompagnement des personnes âgées au sein d'une Maison Familiale Rurale. Il démontre et explicite l'enjeu d'une intégration dans l'emploi, plus encore dans un métier au service des personnes âgées et de l'utilité sociale.

Action 6 Promouvoir la mixité dans les emplois de l'autonomie

Cette action a vocation à s'inscrire à la fois dans le cadre du plan d'action pour la mixité des métiers porté par le Ministère des Droits des femmes et qui a clairement identifié un objectif sectoriel sur les métiers du médico-social où la proportion d'hommes est inférieure à 10 %, et dans celui des États Généraux du travail social, qui ont fait de la question de l'égalité entre les femmes et les hommes dans le champ du travail social, un des axes de réflexion proposés aux territoires.

Dans le cadre de ces deux démarches, des actions de sensibilisation spécifiques seront prévues, auprès des professionnels ou futurs professionnels comme auprès des usagers de ces services. La mixité sera par exemple promue dans le cadre d'opérations facilitant l'accès de tous aux fonctions d'encadrement. Mais l'objectif porté par cette action sera aussi pris en compte dans toutes les actions de promotion des métiers du secteur, notamment les actions 16 et 18.

L'ensemble des actions agissant sur la mixité des métiers du secteur sera coordonné avec la démarche mise en place par le ministère des Droits des femmes pour développer la mixité des métiers. Cela se traduit notamment par un plan d'action, complémentaire du présent plan, pour faire progresser la mixité des métiers du secteur, fondé sur une analyse et des objectifs fixés et partagés.

Action 7 Les emplois d'avenir, un moyen de recruter et de qualifier les jeunes dans le sanitaire, social et médico-social.

Environ 30 % des emplois d'avenir devraient être recrutés dans le secteur sanitaire, social et médico-social. Ce dispositif permettra d'avoir plus de 30 000 jeunes à la recherche d'un emploi peu ou pas qualifiés dans ce secteur d'activité chaque année. L'objectif est d'offrir à tous l'accès à une formation voire à une qualification leur permettant de poursuivre leur carrière professionnelle dans les métiers de l'autonomie (aide soignant, AVS, AMP).

À cette fin, l'État aide les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés à financer la formation et le tutorat des jeunes en emplois d'avenir (2,5 M€ en 2013 et environ 14 M€ au total).

Action 8 Orienter une partie des crédits destinés à la formation professionnelle des demandeurs d'emploi vers les formations aux métiers de l'autonomie

L'évaluation du premier plan des métiers du médico-social lancé en 2008 a montré que, si le secteur médico-social a bien vocation à jouer un rôle important dans l'insertion des jeunes et des chômeurs, celle-ci doit s'accompagner d'actions de « pré-qualification » voire d'actions de formation qualifiante.

Dans cette perspective, le dispositif de « préparation opérationnelle à l'emploi » pourrait être davantage mobilisé. Ce dispositif, cofinancé par l'employeur et Pôle Emploi, permet de proposer une formation préalable aux personnes recrutées. Les OPCA UNIFAF et UNIFORMATION ont passé des conventions avec Pôle Emploi permettant, notamment, d'avoir recours à ce dispositif. L'OPCA UNIFAF propose, de plus, un diagnostic des compétences des personnes recrutées au travers d'un référentiel de compétences « socle », ainsi que des actions de formation professionnelle permettant aux salariés d'atteindre ces compétences.

Le fonds sécurisation des parcours professionnels peut également, à travers certains appels à projets (POE, CIF CDD, CSP, etc.) financer des formations pré-qualifiantes ou qualifiantes destinées aux demandeurs d'emplois souhaitant s'orienter vers les métiers de l'autonomie.

Action 9 Lutter contre la pénibilité et l'usure professionnelle, agir pour la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail

Il s'agit tout d'abord de se référer à la nature des activités exercées par les professionnels en tant que source de leur engagement. Les gestes professionnels visant à maintenir l'autonomie et la dignité de personnes fragilisées sont à la fois éprouvants et gratifiants. Ils reposent sur un travail de coproduction avec le patient ou le bénéficiaire qui, pour passer souvent inaperçu, n'en est pas moins complexe. Les activités de soin, d'aide et d'accompagnement requièrent donc une politique spécifique de prévention et de valorisation. C'est sur ces deux axes que se conjuguent la santé des professionnels, les conditions de maintien et d'évolution en emploi et la qualité des résultats du travail.

Cette approche demande d'identifier avec les branches professionnelles et les principaux acteurs de la santé au travail

- l'ensemble des risques propres à ces métiers qu'ils soient liés aux gestes et postures ou aux facteurs producteurs de troubles psycho-sociaux afin de renforcer la prévention associée à ces risquespsychosociaux
- les dispositions relatives à la « qualité de vie au travail » contributive de la qualité des soins et des services en sorte de soutenir les initiatives et expérimentations engagées dans ce domaine par les structures, les partenaires sociaux et les acteurs territoriaux.

Dans ce cadre, il reviendra notamment aux partenaires sociaux de décliner dans les différentes branches professionnelles l'accord national interprofessionnel relatif à la qualité de vie au travail du 19 juin 2013.

Une politique d'accompagnement des agents face au grand âge, au handicap lourd, à la souffrance et à la fin de vie confortera ces initiatives. Celles-ci, comme les groupes de paroles permettant de mieux prendre appui sur les difficultés rencontrées pour faire évoluer les pratiques professionnelles, méritent en effet d'être développées.

Des expérimentations pourraient être portées dans les régions par les réseaux Anact-Aract, CnamTs-Carsat et Cnav visant à promouvoir simultanément l'amélioration de la prévention et des conditions de travail. Trois objectifs prioritaires pourraient être visés :

- développer l'intermédiation organisationnelle qui consiste à installer des espaces de régulation entre salariés, encadrement et patients ou bénéficiaires pour prévenir l'usure professionnelle à l'origine d'un fort taux de rotation,
- favoriser la coordination et la coopération entre professionnels du sanitaire et du social dans le but notamment d'optimiser la qualité du maintien à domicile des personnes dépendantes et des conditions de travail des intervenants,
- cibler les territoires porteurs de nouvelles formes de solidarité entre générations et populations par l'implication des aidants, des bénévoles, des associations d'usagers.

Pour les activités relevant des particuliers employeurs, dans la mesure où l'isolement du travailleur constitue un facteur de risque supplémentaire, un travail est à réaliser avec la FEPEM permettant de développer ses « relais assistants de vie » dans le cadre notamment de la convention FEPEM-CNSA en cours de renouvellement.

Pour la filière de l'aide à domicile, la question de la lutte contre la pénibilité et l'usure professionnelle pourrait être traitée dans le cadre de la conférence de progrès en cours de préparation conformément aux annonces du Premier Ministre sur la stratégie interministérielle relative aux services à la personne.

Pour le secteur des établissements et services médico-sociaux, il conviendrait enfin d'envisager un élargissement des possibilités d'intervention du FIR en matière de financements d'actions liées aux conditions de travail et à l'accompagnement de la modernisation des établissements, actuellement limitées aux établissements de santé, au secteur médico-social.

Enfin, pour le secteur public, cette action devra s'inscrire dans les suites du protocole sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique signé avec les employeurs publics et huit organisations syndicales le 22 octobre 2013. Elle sera également intégrée à la concertation sur l'amélioration des conditions de vie au travail prévu dans le cadre de l'agenda social de la fonction publique.

Action 10 Développer l'accompagnement à la validation des acquis et de l'expérience (VAE)

La VAE permet une mobilité professionnelle ascendante par la reconnaissance de l'expérience et de la qualification des salariés.

La VAE est d'ores et déjà organisée pour tous les diplômes de travail social et est largement mise en œuvre pour les diplômes de niveau V, tout particulièrement pour le DEAVS pour lequel pratiquement la moitié des diplômés le sont par la voie de la VAE. En revanche, c'est l'accompagnement à la démarche VAE qui est déterminante pour la réussite des candidats et qu'il conviendrait de développer.

Cela existe déjà par le biais d'un cofinancement des OPCA dans le cadre de la section IV du budget de la CNSA, mais cela mériterait d'être encore développé.

Action 11 Développer l'alternance dans le secteur social et médico-social pour "fidéliser" les jeunes diplômés

L'apprentissage qui est une des voies les plus rapides d'insertion professionnelle durable pour les jeunes demeure peu développé dans le champ des métiers de l'autonomie. Il est ainsi nécessaire de mieux identifier et objectiver les freins au développement de l'apprentissage afin d'engager une réflexion sur le développement de cette voie d'insertion professionnelle.

S'agissant des stages, nécessaires à la qualité de la formation des futurs professionnels et à leur mobilité et d'ailleurs largement prévus dans leur cursus de formation, ils doivent faire l'objet d'une réflexion approfondie qui sera engagée en 2014 pour les travailleurs sociaux dans le cadre des États généraux du travail social pour :

- clarifier la place de l'alternance dans les fondements pédagogiques des formations en travail social : ces travaux devront être intégrés à ceux qui plus globalement visent à réformer l'architecture et le contenu des diplômes et s'appuyer sur une analyse critique des pratiques existantes ;
- expertiser les voies et moyens d'une professionnalisation de la relation des établissements de formation avec les employeurs (désignation de référents dédiés, mise en place d'actions spécifiques en direction des professionnels, développement des actions de prospection destinées à élargir le réseau d'employeurs partenaires…) ;



- responsabiliser les employeurs sur leur rôle fondamental et la nécessité pour eux de prendre une part active dans le processus de professionnalisation des jeunes étudiants. Il convient probablement d'aider les employeurs en améliorant l'accompagnement des tuteurs.

Proposition de mesures soumises à la concertation ; contribution aux travaux des États Généraux du Travail Social

Le Plan métiers pour l'autonomie participe à la démarche des États généraux du travail social. Les mesures de l'objectif 3 sont ainsi soumises à la concertation et la synthèse de celle-ci constituera un support supplémentaire utile à destination des professionnels engagés dans la démarche des EGTS. Dans ce cadre, les EGTS permettront d'enrichir et d'approfondir les propositions et les premiers éléments de la concertation.

Objectif 3 **Développer la qualification** et transformer le pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées et handicapées

L'évolution des besoins des personnes accompagnées nécessite une réflexion approfondie à la fois sur les métiers, les compétences et les pratiques des professionnels, tant sociaux, médico-sociaux que sanitaires. S'agissant des métiers du travail social, cette réflexion a vocation à s'inscrire dans le cadre plus global des États généraux du travail social. C'est pourquoi les mesures relatives à l'architecture des diplômes (action 5), au contenu des formations (action 11), à la formation continue dans le champ social et médico-social (action 6), à l'articulation avec de nouveaux métiers (action 10), à la coordination entre professionnels (action 12) et avec les aidants et bénévoles (action 13) seront expertisées et approfondies au cours de l'année 2014 pendant des assises territoriales puis les États Généraux eux-mêmes.

Action 12 Réformer l'architecture et le contenu des diplômes des métiers de l'accompagnement

Un travail de fusion des diplômes existants de travail social de niveau V - auxiliaire de vie sociale (DEAVS), aide médico-psychologique (DEAMP) - est engagé, afin de créer un nouveau métier de l'accompagnement, plus transverse et qui apportera :

- une triple simplification : pour les étudiants (avec une offre de formation plus lisible et donc plus accessible) ; pour les employeurs (avec des candidats plus polyvalents) ; pour les usagers ;
- une amélioration de la qualité de service rendu à l'usager : le nouveau diplôme permettrait de former des professionnels plus polyvalents, bénéficiant des apports de cultures professionnelles aujourd'hui cloisonnées ; ainsi, au lieu d'avoir des diplômes étanches par domaine d'intervention (DEAVS = domicile/DEAMP = établissements et services médico-sociaux), il s'agirait d'aller vers un diplôme plus transversal, avec un tronc



commun consacré à l'accompagnement des personnes et des approfondissements plus spécifiquement consacrés aux différents lieux d'exercice du métier ;

- la possibilité de développer un métier d'auxiliaire de vie scolaire qualifié avec des perspectives de mobilité professionnelle. En effet l'intervention en milieu scolaire pourrait être une spécialisation dans le cadre d'un diplôme d'État de niveau V rénové ;
- une amélioration de la possibilité de mobilité professionnelle pour les salariés : une formation transverse leur permettrait de diversifier leurs lieux d'exercice et le type de fonctions occupées, permettant de vrais parcours professionnels et facilitant la lutte contre l'usure professionnelle.

Cette démarche pourrait être étendue, afin d'embrasser le champ des interventions dans le secteur sanitaire, à travers un rapprochement avec l'actuel diplôme d'aide-soignant. Il s'agirait ainsi de créer un double niveau de formation :

- un premier niveau de formation, correspondant à la création d'un nouveau diplôme de niveau V de travail social, commun aux secteurs sanitaire, social et médico-social (domicile et établissements), centré sur le domaine des actes nécessaires à l'aide aux personnes ne pouvant plus réaliser elles-mêmes les actes de la vie courante, tant au sein des établissements et structures qu'à domicile ;
- un second niveau qui conduirait à créer un nouveau diplôme de niveau IV dans le secteur sanitaire et à réorganiser un diplôme unique de niveau IV en travail social :
  - le nouveau diplôme sanitaire, orienté vers le soin en collaboration avec les auxiliaires médicaux, accessible par le nouveau diplôme de niveau V de travail social ou par le baccalauréat professionnel « accompagnement, soins et services à la personne », permettrait d'envisager un élargissement du champ de compétences de ces professionnels, y compris en leur confiant un champ d'exercice indépendant de la collaboration avec l'infirmier et en leur permettant de collaborer avec d'autres professionnels paramédicaux. Cela pourrait permettre d'apporter une réponse rapide au besoin lié à la limitation des ressources en soins infirmiers et à l'évolution de la demande en soins des personnes notamment dans le cadre des maladies chroniques et du handicap mais également au regard de l'évolution des modes d'organisation des soins et de la prise en charge à domicile.

La refonte des diplômes de travail social de niveau IV s'inscrira quant à elle dans le cadre plus général des États généraux du travail social et de ses orientations en matière de réingénierie des diplômes de travail social pour accroître leur lisibilité, favoriser la fluidité des parcours et renforcer une culture commune.

Action 13 Définir au niveau national les grandes orientations en matière de formation continue

Le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes handicapées, se caractérise par la part importante prise par le secteur privé dans la mise en œuvre des politiques publiques. Or, le droit commun de la formation continue fait dans ce cas reposer sur les partenaires sociaux le soin de définir les priorités à donner à la formation continue des salariés.

Pourtant les professionnels de l'autonomie, comme l'ensemble des professionnels du travail social et de la santé, ne sont pas des salariés comme les autres, puisqu'ils ne mettent pas simplement en œuvre les priorités propres de leurs employeurs mais qu'ils mettent en œuvre des politiques publiques. Il paraît donc légitime que les pouvoirs publics puissent faire valoir leurs attentes et priorités en matière de formation continue de ces professionnels.

Les pouvoirs généraux du travail social seront l'occasion d'expertiser plusieurs mécanismes opérationnels permettant aux pouvoirs publics de peser sur les orientations de la formation professionnelle.

Dans l'attente de l'aboutissement de ces réflexions dans le cadre des États généraux du travail social, il s'agira de poursuivre et renforcer la coopération engagée avec les OPCA par la CNSA, la DGCS et la DGEFP pour faire valoir les priorités des pouvoirs publics en matière de formation continue.

Les nouveaux accords-cadres 2013 ont déjà permis d'intégrer un volume important de parcours de professionnalisation : autisme, troubles du comportement, accompagnement en fin de vie, mais également les fonctions de coordination dans le champ des personnes âgées.

À l'avenir, la définition de ces priorités devra s'appuyer sur une démarche de formalisation précise, en amont :

- des cahiers des charges nationaux élaborés par les OPCA en lien avec leurs instances paritaires, et avec l'État, déclinés localement par l'offre de formation ;
- du niveau d'implication des acteurs, pour que chacun trouve dans cette proposition matière à progresser sur ses propres objectifs (branches et OPCA au regard de leurs priorités stratégiques nationales, ARS et CG dans le cadre de la mise en œuvre de leurs schémas, gestionnaires d'ESMS dans leur approche des questions de ressources humaines) ;
- des éléments de suivi et d'évaluation, afin d'adapter les dispositifs initialement prévus au regard des réalisations effectives.

Action 14 Renforcer la formation des professionnels assurant une fonction de management en établissements et services

Une attention particulière doit être portée à la formation des professionnels assurant une fonction d'encadrement, d'encadrement intermédiaire ou de direction des établissements et services accueillant des personnes âgées ou handicapées.

Pour les fonctions de direction, cette priorité sera inscrite dans le COP 2014-2016 de l'EHESP, qui pilote la formation au CAFDES (directeurs des établissements privés) et celle des D3S (directeurs des établissements publics).

Par ailleurs, les conventions conclues par la CNSA avec l'OPCA de la branche de l'aide à domicile ne peuvent s'étendre à la formation des professionnels d'encadrement ou des manageurs, le code de l'action sociale et des familles limitant le champ d'intervention de la section IV de la caisse aux professionnels intervenant directement au domicile des personnes : la loi sera donc modifiée pour étendre son champ d'intervention à ces acteurs qui ont en charge la modernisation de l'organisation et du pilotage des services et ce dans le cadre financier actuel.

Action 15 Introduire dans les formations sanitaires initiales et dans le développement professionnel continu la prise en compte des spécificités liées à la perte d'autonomie

Afin de prendre en compte davantage dans les dispositifs de formation les spécificités de la prise en charge des personnes âgées ou handicapées, il pourrait être envisagé de :

- Mutualiser des enseignements relatifs à la question du vieillissement ou proposer des activités auprès des personnes âgées ou handicapées à des étudiants de différentes formations pour les sensibiliser à l'importance de la prise en charge pluri professionnelle.
- Faire intervenir des équipes soignantes et/ou des représentants d'usagers pour valoriser l'exercice en gérontologie auprès des étudiants (exemple, table ronde, journée thématique, visite d'un service d'animation…).
- Diversifier l'offre de stages auprès des personnes âgées ou handicapées (structures, domicile…).
- Préconiser, dans les unités optionnelles prévues pour les formations paramédicales, des thématiques sur la prise en charge des personnes âgées ou handicapées.
- Identifier et repérer les programmes de DPC centrés sur la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées les plus efficaces en matière d'amélioration des pratiques et des compétences professionnelles.
- Enrichir les contenus des formations en matière de prévention des risques et des attendus organisationnels (équipements, technologies, espaces de travail, management, organisation des temps…) facteurs d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Cela permettra de développer la culture professionnelle nécessaire à un accompagnement global des personnes âgées et handicapées de meilleure qualité tout au long de leur parcours. Par ailleurs, cela rendra plus attractifs les métiers et les postes dans le secteur.

Action 16 : Promouvoir certains métiers spécifiques d'avenir identifiés pour leur potentiel de développement dans le champ de l'aide à l'autonomie

Deux livres blancs ont été remis au Ministère des affaires sociales par la profession des animateurs (Groupement des animateurs en Gérontologie) et par celle des ergothérapeutes (Association nationale française des ergothérapeutes) et ont vocation à contribuer à la réflexion collective sur l'évolution de ces métiers indispensables à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement à domicile et en établissement, notamment dans le cadre des Peuvent généraux du travail social qui examineront particulièrement la question des complémentarités entre les métiers et des métiers émergents.

Par ailleurs, le développement de l'accueil familial, comme alternative intéressante entre le domicile et l'établissement, suppose de mieux reconnaître et de mieux former les accueillants familiaux, tout en leur proposant un statut professionnel assorti de droits renforcés. La Loi autonomie a vocation à engager ce travail permettant ainsi d'améliorer cette offre médico-sociale aujourd'hui peu lisible.

Action 17 : Mieux intégrer dans la formation des professionnels du champ de l'aide à l'autonomie les questions de repérage des fragilités et de lutte contre les discriminations

Dans le champ de la perte d'autonomie liée à l'âge comme dans celui du handicap, de nombreux travaux préconisent d'intégrer à la formation des travailleurs sociaux des approfondissements portant, selon les cas, sur des handicaps particuliers (autisme, handicap psychique…), des pathologies (Alzheimer, parkinson, AVC, VIH…) ou des situations à risque (maltraitance mais aussi discriminations selon l'origine, l'orientation sexuelle…). Ces préconisations ont en commun de pointer la nécessité de renforcer la formation des professionnels sur deux axes majeurs : le repérage des fragilités et la lutte contre les discriminations.

Les États généraux du travail social devront être l'occasion d'examiner comment mieux intégrer ces aspects dans la formation des professionnels, en identifiant ce qui – selon les niveaux de diplôme – doit relever la formation initiale, d'une formation continue d'adaptation à l'emploi ou d'une formation régulière tout au long de la vie pour stimuler la vigilance des professionnels.

Action 18 : Renforcer la coordination entre professionnels dans la prise en charge des personnes fragiles

La pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées ou handicapées, mais aussi l'efficience de la prise en charge doivent évoluer dans une logique de parcours de santé, autour de 3 grands axes :

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants,
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées et handicapées en risque de perte d'autonomie,
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

La question de l'évolution des pratiques professionnelles est au cœur des objectifs des Etats Généraux du Travail social. Cette réflexion pourrait déboucher sur des propositions permettant d'améliorer la compréhension des différents dispositifs et de leurs complémentarités dans une logique de simplification des mécanismes de coordination gérontologique existants.

Parallèlement, pourrait être introduit au programme de travail conjoint de la HAS et de l'ANESM une réflexion sur :

- la complémentarité des métiers de l'aide et du soin et le développement de référentiels de pratiques communs permettant de valoriser le travail pluridisciplinaire indispensable à la qualité de la réponse globale aux besoins des personnes ;
- le développement de protocoles de coopération entre les professionnels de santé du secteur médico-social, la HAS n'ayant à ce jour validé aucun protocole en ESMS malgré l'émergence d'une demande en ce sens ;
- les délégations de tâches possibles entre professionnels des établissements ou service médico-sociaux et cela dans l'esprit du dispositif existant dans le secteur sanitaire en matière de coopération entre les professionnels de santé.

Des expériences intéressantes pour la qualité de l'accompagnement mais aussi pour les finances publiques pourraient être développées et évaluées conformément à ces trois objectifs.

La réflexion sur la coordination des professionnels amène également à ouvrir deux autres chantiers de réflexion : celui des possibilités de délégation d'actes de soins – en alignant a minima les actes



susceptibles d'être délégués aux professionnels médico-sociaux sur ceux qui peuvent déjà l'être aux aidants naturels - et, en fonction de cette première réflexion, celui des organisations de travail.

Action 19 : Développer et structurer les coopérations entre les aidants, les bénévoles et les professionnels pour positionner chacun dans son rôle et dans ses compétences et promouvoir une citoyenneté active auprès des publics fragiles

Ce travail s'inscrira notamment dans les objectifs des Etats Généraux du Travail social. Il est également au cœur de la démarche MONALISA (Mobilisation Nationale contre l'Isolement des Âgés) ou de projets associatifs tel que celui du GAG (Groupement des animateurs en gérontologie) qui s'appuie largement sur la complémentarité entre intervenants professionnels et intervenants bénévoles au service des projets de socialisation et de vie des personnes accompagnées.

Il rejoint également l'ambition des dispositions de la loi autonomie relatives aux aidants, familiaux ou non, et visant à mieux les informer, former et soutenir.

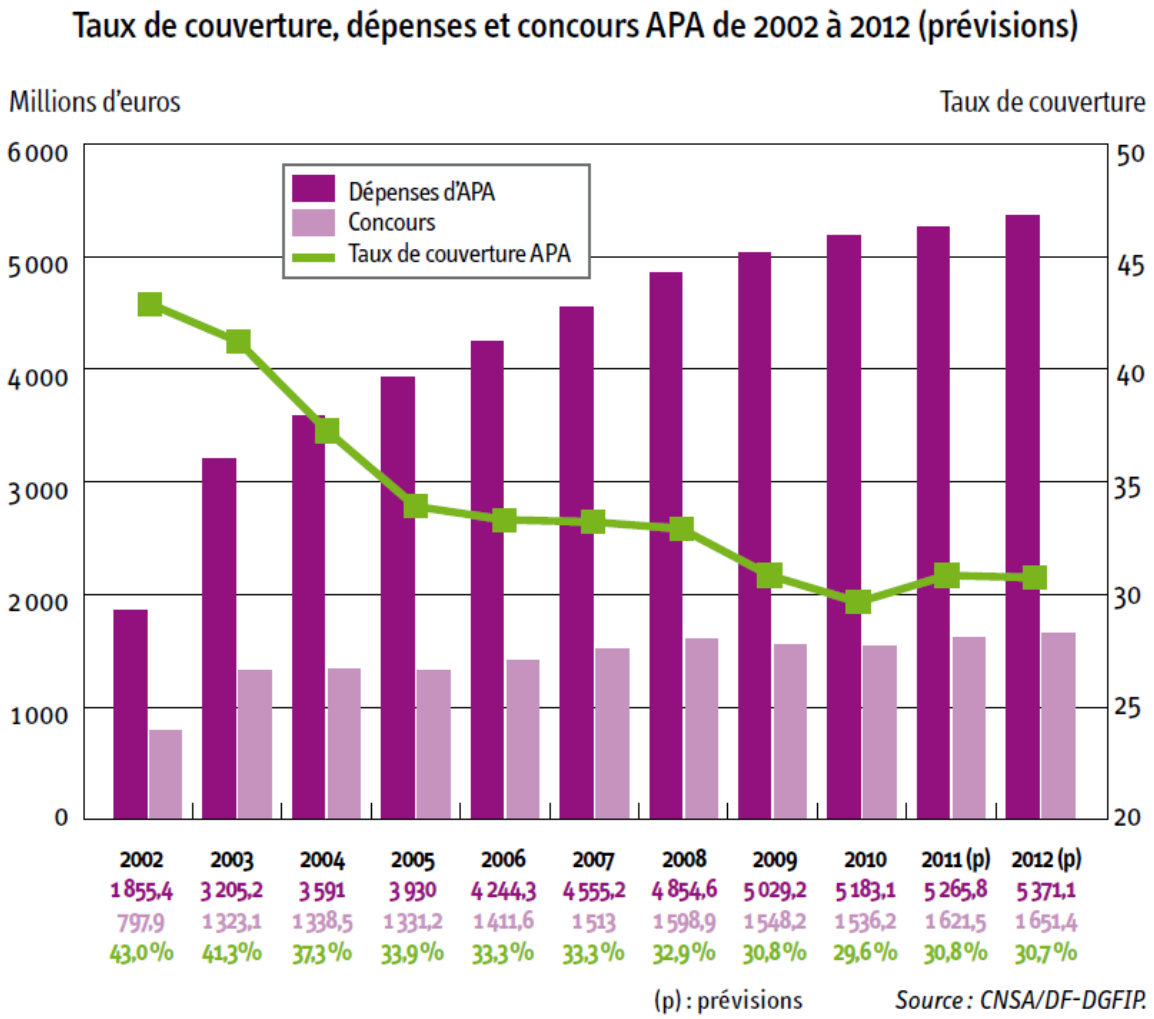
Cela suppose dans tous les cas de faire évoluer les pratiques professionnelles pour accorder toute leur place aux aidants et aux bénévoles dans le respect de la diversité des situations et des compétences de chacun.

L'APA

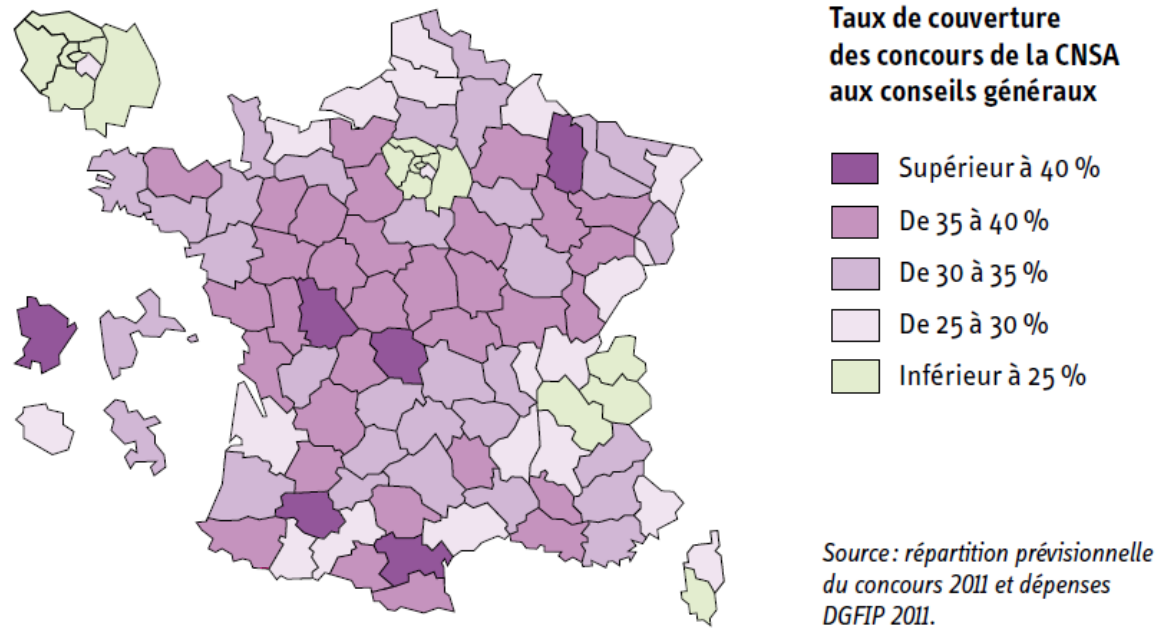
Source : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Memo_02_Concours_APA_PCH.pdf

On compte 1 228 000 bénéficiaires de l'*APA* au 31 décembre *2012*. Le montant du concours APA 2012 résultant des ressources affectées s'élève à 1 655,9 M€ ce qui représente une hausse de 2,1 % par rapport à 2011.

Le montant du concours APA 2011 résultant des ressources affectées s'élève à 1 621,5 M€, ce qui représente une hausse notable de 5,5 % par rapport à 2010.



Taux de couverture départementaux APA 2011 (prévisionnel)



Source : répartition prévisionnelle du concours 2011 et dépenses DGFIP 2011.

Montants moyens de l'APA (en euros courants) - Source : enquête trimestrielle sur l'APA - DREES

Montants (au 31/12)	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
à la charge du CG	484	450	423	409	421	413	405	408	396	392
à la charge du bénéficiaire	24	39	64	72	81	83	88	92	95	96
ensemble	508	489	487	481	502	495	493	500	491	488

Les aides au maintien à domicile (source : rapport action sociale 2011, assurance retraite)

Les dépenses d'aide au maintien à domicile s'élèvent à 311,9 millions d'euros et augmentent de 35 % par rapport à 2010.

Cette progression est essentiellement liée :

> au retrait progressif de l'Arrco du financement de l'aide ménagère à domicile,

> aux nouvelles modalités d'examen des ressources des bénéficiaires, basées sur le revenu brut global figurant sur l'avis d'imposition,

> à l'augmentation du montant de participation horaire de l'aide ménagère à domicile, à compter du 01 janvier 2011,

> à l'augmentation du nombre de demandes d'aide dans certaines régions.

Les dépenses d'action sanitaire et sociale (source : rapport national d'activité 2012, assurance retraite)

LES DÉPENSES D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
(en millions d'euros)

	2012	2011	% évol	Structure
I - PRESTATIONS EXTRA-LÉGALES	380,0	352,2	7,9	69,7
> Aide au maintien à domicile	351,8	325,8	8,0	64,5
> Aide au maintien à domicile DOM	5,5	6,3	-13,0	1,0
> Dispositif d'évaluations des besoins	22,7	20,1	13,1	4,2

L'évolution des relations avec les prestataires d'aide à domicile

Le conseil d'administration de la Cnav a chargé un groupe de travail composé d'administrateurs d'une réflexion sur la tarification de l'aide à domicile financée par la branche retraite. La mission était de formuler des propositions sur l'évolution du système de tarification de la Cnav, actuellement basé sur le montant de participation horaire de l'aide ménagère à domicile. Cinq séances de travail ont abordé notamment les thèmes suivants :

- état des lieux des modalités actuelles de tarification des services d'aide à domicile,
- synthèse des travaux récents sur le sujet : rapport Igas-Inspection Générale des Finances (IGF) de 2010, travaux de l'Assemblée des départements de France (ADF), rapport Poletti,
- audition des principaux partenaires de l'aide à domicile et de quelques caisses régionales.

Les travaux ont évolué vers une réflexion plus large sur le lien entre tarification et nature de l'accompagnement des bénéficiaires, l'évolution des modalités du financement et le contenu de l'offre de service en vue d'une réponse plus adaptée aux besoins des retraités.

À l'issue de ces travaux, les Carsat volontaires ont la possibilité d'engager, en 2013, une expérimentation basée sur un cahier des charges. L'ambition de cette évolution vers des paniers de services est d'apporter une réponse plus diversifiée et plus adaptée, dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie, et de faire évoluer les modalités de financement des prestations.

[i] Les données citées sont issues de l'enquête annuelle sur l'aide sociale, réalisée par la DREES auprès des Conseils Généraux. Cf. http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-concernant-l-allocation-personnalisee-d-autonomie,10961.html.